



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **O Impacto da Mastectomia na Vida Íntima das Mulheres Operadas por Cancro da Mama**

**Francisca Rita Valério Antunes Varela Bicha Castelo**

Tese para obtenção do Grau de Doutor em  
**Psicologia**  
(3º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

**Covilhã, outubro de 2013**



# Dedicatória

À Memória do Meu Pai

A estrela mais brilhante que está no céu...

E continua a acompanhar-me em todos os momentos da minha vida.



# Agradecimentos

O meu primeiro e gratificado agradecimento é para todas as mulheres que, apesar de fragilizadas, se disponibilizaram a responder aos questionários, o que tornou possível este trabalho. Para além da realização desta investigação, foi possível reconhecer o sofrimento com que muitas reviveram um trajeto recente de patologia mamária, tendo este contacto sido transformado num retorno de reconhecido calor humano.

Ao Professor Doutor Henrique Pereira, devo o impulso próprio do Mestre que, transpôs para a minha orientação a sua positiva atitude de vida. É profundo o meu reconhecimento pelo modo tão entusiasmante, agradável e suave, quanto interessado, rigoroso e exigente, com que fui orientada durante todo o percurso de preparação, desenho do modelo de investigação e realização deste trabalho. Sem o seu precioso apoio científico e humano, não teria sido possível que eu tivesse chegado ao fim desta árdua tarefa, solitária e introspetiva. O meu sentido muito obrigado.

Às Professoras Doutoradas Graça Esgalhado e Marina Afonso, o meu agradecimento muito sentido pelo carinho e apoio com que sempre me incentivaram e impediram que desistisse.

À Dra. Carla Loureiro, o meu muito obrigada pela disponibilidade e apoio ao longo destes três anos.

Ao Professor Doutor Henrique Bicha Castelo, Diretor do Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria -, manifestamos o agradecimento pelas facilidades com que nos facultou o acesso às doentes, participantes no estudo, no Serviço e na Consulta Externa.

Ao Dr. Artur Rocha, Interno de Cirurgia Geral que, por indicação do Diretor do Serviço, foi nosso interlocutor e com total disponibilidade, nos prestou todas as informações referentes ao domínio clínico do estudo. O nosso bem haja.

Ao Henrique, companheiro inseparável, nos bons e maus momentos da minha vida, a manifestação do reconhecimento pelas horas roubadas ao nosso convívio familiar durante estes três anos. Sem o teu apoio nada teria conseguido e porque o amor tudo perdoa, muito obrigada.

À Minha Mãe, pelas ausências tantas vezes incompreendidas. Mas porque apenas as Mães entendem e perdoam, um beijo de amor reconhecido.

Numa perspetiva pessoal, o registo da importância de que se revestiu este tempo de investigação, pelo enorme enriquecimento humano e técnico, pelo que nos permitiu analisar resultados e comparar ilações com outros autores, com envolvente integração de áreas de conhecimento da Psicologia, mas de outras áreas das Ciências Sociais e das Ciências da Saúde. Em suma, sinto-me grata pela possibilidade deste percurso me ter ensinado que os obstáculos são desafios que podemos ultrapassar e concretizar com a ajuda de bons amigos.

# Resumo

O cancro da mama, podendo ser entendido como um exemplo conceptual de um dos maiores desafios que uma mulher pode enfrentar no confronto com a ausência de saúde, traz, seguramente, comprometimentos em várias áreas da funcionalidade, tendo-se revestido de interesse no âmbito deste trabalho investigar a área da intimidade feminina. Assim, o objetivo principal do presente trabalho consistiu em avaliar o impacto da mastectomia na intimidade de mulheres submetidas a cirurgia (mastectomia radical ou conservadora), para conhecer o modo como mulheres com história e vivência de cancro da mama avaliaram a dimensão da sua vida íntima, após terem sido submetidas à mastectomia radical comparativamente a mulheres submetidas à mastectomia conservadora e a mulheres sem intervenção cirúrgica mamária (grupo de controlo). Trata-se de um estudo transversal, observacional-descritivo e quasi-experimental, com a amostra total constituída por 90 mulheres, subdivididas em 3 grupos: 30 mulheres submetidas a mastectomia radical, 30 mulheres submetidas a mastectomia conservadora e 30 mulheres sem patologia oncológica e sem história de intervenção cirúrgica mamária que foram consideradas como o grupo de controlo. As médias de idades das participantes variaram entre os 53.3 anos (grupo de controlo) e 55.1 anos (grupo da mastectomia radical). Os instrumentos utilizados foram, para além do questionário sócio-demográfico, a escala de impacto do tratamento mamário, a *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30), a *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23), a escala de imagem corporal/relação com o corpo, a escala de imagem corporal, a escala de autoestima e o índice de satisfação sexual. No global, os resultados obtidos demonstraram que as mulheres submetidas a mastectomia radical foram as que apresentam mais profundas alterações nos domínios da integridade física, social, psicológica, emocional e sexual que comprometem a intimidade das doentes. Em conclusão, podemos afirmar que a mastectomia radical é um fator independente de risco que afeta profundamente a Qualidade de Vida pessoal, familiar, emocional, social e psicosssexual das doentes, interferindo de forma negativa na esfera da intimidade destas mulheres.

## Palavras-chave

Cancro da Mama, Mastectomia Conservadora, Mastectomia Radical, Funcionalidade, Qualidade de Vida, Sexualidade, Intimidade.





# Abstract

Breast cancer can be understood as a conceptual example of one of the biggest challenges that a woman can face in confronting the lack of health, and may bring impairments in several areas of functionality. Therefore, our interest in this work was to investigate the area of female intimacy. Thus, the main objective of this study was to assess the impact of the mastectomy among women undergoing surgery (radical mastectomy or conservative mastectomy) on their intimacy, to know how women with history and experience of breast cancer evaluated their intimate life after being subjected to radical mastectomy compared to women who underwent conservative mastectomy and women without breast pathology (control group). This is a cross-sectional, observational, descriptive and quasi-experimental study, and the total sample consisted of 90 women, divided into 3 groups: 30 women who underwent radical mastectomy, 30 women who underwent conservative mastectomy and 30 women without oncologic pathology and without history of breast surgery which were considered as the control group. Mean age of participants ranged from 53.3 years (control group) and 55.1 years (group of radical mastectomy). The instruments used were, in addition to the socio-demographic questionnaire, the scale of impact of breast cancer treatment, the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 (EORTC QLQ - C30), the European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer - Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ - BR23), the of body image / relationship with the body scale, the body image scale , the scale of self-esteem and sexual satisfaction scale. Overall, results showed that the women who underwent radical mastectomy were those who presented profound changes in the areas of physical, social, psychological, emotional and sexual areas that compromise the intimacy of these patients. In conclusion, we can state that radical mastectomy is an independent risk factor that affects the quality of life deeply on a personal, family, emotional, social and psychosexual levels of these patients, interfering negatively with the sphere of intimacy among these women.

## Keywords

Breast Cancer, Conservative Mastectomy, Mastectomy Radical, Functionality, Quality of Life, Sexuality, Intimacy.



# Índice

Introdução	1
PARTE I - CORPO TEÓRICO	7
<b>Capítulo 1 - Sexualidade Humana</b>	7
1.1. Contributo para uma compreensão geral da Sexualidade Humana	7
1.2. O conceito de sexualidade humana	20
<b>Capítulo 2 - Qualidade de Vida e Saúde</b>	27
2.1. Qualidade de Vida: um construto em evolução	27
2.2. Qualidade de Vida, Saúde e Funcionalidade	32
<b>Capítulo 3. A Mama</b>	41
3.1. A centralidade no feminino	41
3.2. Perspetivas clínicas	46
3.2.1. Anatomia	46
3.2.2 Fisiologia	49
<b>Capítulo 4. Cancro da Mama</b>	51
4.1. Conceito	51
4.2. Epidemiologia	53
4.3. Fatores de risco	55
4.4. Clínica: sinais e sintomas	57
4.5. Diagnóstico, Tipos histológicos e Estadiamento	58
4.6. Estratégia terapêutica	60
4.7. Prognóstico	63
4.8. Programas de rastreio e consultas de seguimento	66
<b>Capítulo 5. O impacto do cancro da mama na vivência psicosssexual da mulher</b>	73
 Parte II - CORPO EMPÍRICO	 81
<b>Capítulo 6. Apresentação do estudo</b>	81
6.1. Objetivos e tipologia	81
<b>Capítulo 7. Método</b>	82
7.1. Participantes	83
7.2. Instrumentos	85
7.2.1. Escala de impacto do tratamento mamário (Frierson, 2006)	86
7.2.2. Questionário EORTC QLQ-C30 (Aronson, 1993)	87
7.2.3. Questionário EORTC QLQ-BR23 (Sprangers, 1996)	87

7.2.4. Escala de imagem corporal relação com o corpo (Palhinhos, 2000)	88
7.2.5. <i>Escala de Imagem Corporal (Hopwood, 2001)</i>	88
7.2.6. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)	89
7.2.7. Índice de Satisfação Sexual (Cardoso, 1994)	90
7.3. Procedimentos	92
<b>Capítulo 8. Metodologia estatística</b>	95
<b>Capítulo 9. Resultados</b>	97
9.1. Resultados das características sócio-demográficas e respectiva comparação entre grupos	97
9.2. Filhos	100
9.3. Religião	101
9.4. Antecedentes clínicos	102
9.5. História ginecológica	103
9.6. Hábitos de vigilância da saúde	106
9.7. Diagnóstico e tratamento da doença atual	107
9.8. Sentimentos perante o diagnóstico da doença	110
9.9. Informações clínicas prestadas pelo médico assistente	113
9.10. Vida íntima	115
9.11. Escala de impacto do tratamento mamário (Frierson, 2006)	117
9.12. Qualidade de vida (EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23)	118
9.13. Relação com o corpo (Palhinhos, 2000)	126
9.14. Imagem corporal (Hopwood, 2001)	129
9.15. Autoestima (Rosenberg, 1965)	130
9.16. Índice de satisfação sexual (Cardoso, 1994)	132
9.17. Correlações entre escalas	135
9.17.1 Correlação entre escalas em cada grupo	135
9.17.2 Correlação entre escalas para a amostra total	140
<b>10 Discussão</b>	143
<b>11 Considerações Finais</b>	155
<b>12 Referências Bibliográficas</b>	159
<b>ANEXOS</b>	183
ANEXO I - Pedido de Autorização	
ANEXO II - Consentimento informado	
ANEXO III - Questionário ao doente	
ANEXO IV - Questionário ao médico	
ANEXO V - Tabelas estatísticas adicionais	

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Descrição das escalas utilizadas .....	91
Tabela 2 - Características sócio-demográficas .....	98
Tabela 3 - Filhos .....	101
Tabela 4 - Religião .....	101
Tabela 5 - Menstruação .....	103
Tabela 6 - Doença ginecológica .....	104
Tabela 7 - Gestações e amamentação .....	104
Tabela 8 - Tratamento hormonal .....	105
Tabela 9 - Método anticoncepcional .....	105
Tabela 10 - História de abortos .....	106
Tabela 11 - Hábitos de vigilância de saúde .....	106
Tabela 12 - Exame da mama e história familiar de cancro da mama .....	107
Tabela 13 - Diagnóstico da doença .....	108
Tabela 14 - Transmissão do diagnóstico .....	108
Tabela 15 - Tempo desde o diagnóstico e tempo até cirurgia .....	109
Tabela 16 - Tipo de cirurgia .....	109
Tabela 17 - Tratamento que se encontra a realizar .....	109
Tabela 18 - Periodicidade das consultas de rotina .....	110
Tabela 19 - Partilha do diagnóstico .....	110
Tabela 20 - Sentimentos perante o diagnóstico da doença .....	112
Tabela 21 - Tipo de cirurgia .....	113
Tabela 22 - Estadio da doença .....	113
Tabela 23 - Complicações médicas após cirurgia .....	114
Tabela 24 - Reconstrução mamária .....	114
Tabela 25 - Tratamentos efetuados .....	114
Tabela 26 - Vida íntima .....	116
Tabela 27 - Pontuação total obtida na escala de impacto do tratamento mamário .....	118
Tabela 28 - Escalas de sintomas/itens individuais da escala EORTC QLQ-C30 .....	121
Tabela 29 - EORTC QLQ-C30 - escalas funcionais e estado global de saúde/QdV .....	123
Tabela 30 - EORTC QLQ-BR23 - dimensões .....	125
Tabela 31- Pontuações obtidas na escala de avaliação da relação com o corpo .....	128
Tabela 32 - Pontuação total obtida na escala de avaliação da imagem corporal .....	130
Tabela 33 - Pontuação total obtida na escala de avaliação da autoestima .....	131
Tabela 34 - Índice de satisfação sexual atualmente e anteriormente à cirurgia .....	134
Tabela 35 - Correlações entre escalas nas mulheres com mastectomia conservadora .....	137
Tabela 36 - Correlações entre escalas nas mulheres com mastectomia radical .....	138
Tabela 37 - Correlações entre escalas nas mulheres do grupo controlo .....	139
Tabela 38 - Correlações entre escalas na amostra total de mulheres .....	141



## Lista de Figuras

Figura 1 - Representação das <i>box-plots</i> relativas à idade das participantes.....	99
Figura 2 - Distribuição percentual das participantes por classe etária .....	99
Figura 3 - Distribuição das participantes por habilitações literárias .....	100
Figura 4 - Prevalência de antecedentes clínicos .....	102
Figura 5 - Pontuação média relativa aos sentimentos perante o diagnóstico da doença .....	111
Figura 6 - Pontuações médias obtidas nas questões da escala de impacto do tratamento mamário .....	117
Figura 7 - Pontuações médias obtidas nas questões da escala EORTC QLQ-C30.....	119
Figura 8 - Pontuações médias obtidas nas questões sobre saúde e qualidade de vida na última semana.....	120
Figura 9 - Pontuações médias obtidas nos sintomas/itens individuais da escala EORTC QLQ-C30 .....	120
Figura 10 - Pontuação média obtida em cada uma das dimensões do EORTC QLQ-C30.....	122
Figura 11 - Pontuações médias obtidas nas questões da escala EORTC QLQ-BR23.....	124
Figura 12 - Pontuações médias obtidas nas dimensões da escala EORTC QLQ-BR23.....	125
Figura 13 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da relação com o corpo pré-mórbido .....	126
Figura 14 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da relação com o corpo mórbido.....	127
Figura 15 - Pontuação média total obtida na escala de avaliação da relação com o corpo .....	128
Figura 16 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da imagem corporal ..	129
Figura 17 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da autoestima .....	131
Figura 18 - Pontuações médias obtidas nos itens do índice de satisfação sexual atualmente ..	132
Figura 19 - Pontuações médias obtidas nos itens do índice de satisfação sexual anteriormente à cirurgia .....	133
Figura 20 - Pontuações médias obtidas no índice de satisfação sexual atualmente e anteriormente à cirurgia .....	134





# Lista de Acrónimos

AJCC	American Joint Committee on Cancer
CDI	Carcinoma ductal invasivo
CDIS	Carcinoma ductal <i>in situ</i>
DSMs	Manuais de Diagnóstico Estatística de Perturbações Mentais
EORTC QLQ- BR23	European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire
EORTC QLQ- C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30
ICF	International Classification of Functioning
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IRAC	Agency for Research on Cancer
N.C.P.B	National Cancer Policy Board dos EUA
OMS	Organização Mundial de Saúde
QDV	Qualidade de Vida
QDVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SEER	Surveillance, Epidemiology and End Results
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UICC	Union Internationale de Lute contre le Cancer



# Introdução

Pela profundidade com que penetra no mais íntimo da condição humana, o cancro da mama extravasa o âmbito da biologia entrando nos domínios da psicologia e, ultrapassando as fronteiras da dimensão individual, repercutir-se no ambiente familiar e social envolvente, podendo ser entendido como exemplo conceptual de um dos maiores desafios que uma mulher pode enfrentar no confronto com a ausência de saúde.

Marcadamente ajustada à idade e com o pico de incidência a partir da 5ª década de vida, o cancro da mama persiste como a lesão neoplásica maligna mais frequente e principal causa de morte por cancro na mulher. Segundo os registos da Organização Mundial de Saúde (OMS) apenas cerca de 1% dos casos de cancro da mama afeta o Homem (WHO, 2009), dado epidemiológico que sustenta o entendimento universal do cancro da mama enquanto cancro que afeta maioritariamente a mulher. Por assim ser, sempre que no presente estudo falamos em “cancro da mama” é o cancro da mama da mulher que está na base da nossa atenção.

Com o saber científico a comprovar a negativa perspetiva popular, o cancro é uma doença carregada de preconceitos e marcadas consequências que, fazendo com que o indivíduo se sinta inadequado, o afastam dos seus grupos profissionais, sociais e, por vezes, até familiares, o fazem enfrentar o isolamento e, frequentemente, refugiar-se na solidão (Kovács,1998; Quintana et al.,1999).

Numa forma muito redutora e simplista do conceito, diremos que o cancro é um processo de alteração celular, consequente a distorcidos mecanismos de comportamento genético, que acarreta alterações de funcionamento celular e anárquico desenvolvimento tecidual. Pode ocorrer em qualquer órgão e, quando não tratado, leva precocemente à morte. Por isso, o diagnóstico de cancro está culturalmente associado a dor, sofrimento, mutilações físicas e psíquicas e considerado como uma sentença de morte (Gradim, 2005). De facto, apesar dos muito marcados avanços da ciência, os diversos tipos de cancro persistem como situações só passíveis de cura quando adequadamente tratados e diagnosticados em fases precoces de doença (Shockney, 2007). Pela sua relação com a morte, o estigma do cancro é, psicológica e socialmente, marcante para o doente que pode passar a sentir-se e a ser visto como alguém “sentenciado à morte”.

Tema nuclear do nosso estudo, o cancro da mama tem um muito significativo impacto no âmago mais profundo da mulher, na sua vivência da sexualidade, no âmbito da vida íntima e satisfação sexual, subconjuntos nucleares da qualidade de vida. Face às exigências de readaptação às novas situações inerentes ao confronto com a doença e tratamentos complementares, a

vivência do cancro da mama, afeta a doente e a família, impondo mudanças no funcionamento familiar, nomeadamente na vida íntima da mulher e do casal.

Não menos marcantes são os efeitos consequentes aos tratamentos complementares, fruto da agressividade física e biológica e marcada depressão imunológica de que, além da radioterapia, se acompanham os modernos agentes biológicos e citostáticos. Percebidos de forma imediata ou tardia, além do cansaço, mal-estar geral, náuseas e vômitos, a menopausa precoce, provocada em mulheres jovens pela hormonoterapia, com o florido quadro sintomatológico que lhe é próprio, concretamente disfunções sexuais, ondas de calor, secura vaginal e osteoporose, são marcadamente incómodos e, por vezes, incapacitantes. Todavia, o mais relevante de todos os sintomas é a queda de cabelo que, inerente à quimioterapia, reforça todos os anteriores e pela negativa repercussão sobre a imagem corporal e autoestima, faz com que a mulher possa perder motivação e interesse pelos aspetos mais elementares da vida (Gradim, 2005).

Pela gravidade e imprevisível evolução clínica, mutilação de permanente confrontação e complexidade bio-psicológica, o cancro da mama é, frequentemente, referido como a doença mais temida por muitas mulheres devido, não só à ameaça percecionada de sofrimento e morte, como pela antecipação das dificuldades associadas ao tratamento, recuperação e, eventual, recidiva da doença e, marcadas implicações no domínio psicoafetivo, com particular destaque na intimidade da vida da mulher e nas relações significativas.

No cancro da mama, a cirurgia persiste como a única arma terapêutica com potencialidades curativas. Todavia, este princípio implica duas premissas, de algum modo, delicadas porque, como sempre acontece em oncologia, tal só é possível em lesões muito precoces de doença e a de que a intervenção cirúrgica consiste, sempre, numa ressecção, mais ou menos alargada, da mama - a mastectomia.

Por outro lado, as muito pesadas repercussões clínicas e biológicas do tratamento complementar (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e os recentes agentes biológicos), potencializam as, muito marcadas, repercussões físicas da cirurgia contribuindo para agravar a “péssima imagem” com que a sociedade qualifica a doença. Anulando a amputação, a mastectomia conservadora foi, progressivamente, ganhando espaço e reduzindo a indicação da mastectomia radical, maximalizadora das negativas consequências, físicas e psicológicas, da doença e do tratamento clássico (Chen, 2011).

Todos estes fatores podem potenciar as consequências próprias da mastectomia e reforçam o forte impacto na forma como a mulher vivencia e encara a sua doença, qualidade de vida e sexualidade.

No que concerne aos estudos realizados no âmbito da área científica da Psicologia, as investigações sobre as implicações da mastectomia na sexualidade da mulher são recentes e apoiados em várias abordagens teóricas, razão que impõe uma cuidada atenção crítica sobre os diversos pressupostos referidos na literatura. Deste modo, as repercussões da mastectomia radical, comparativamente com as da mastectomia conservadora, nos domínios da adaptação psicosexual, imagem corporal e Qualidade de Vida Sexual (QDVS) assentam na relativa modernidade da preocupação com o estudo desta matéria e na heterogeneidade das perspetivas doutrinárias do fenómeno de acordo com cada perspetiva científica.

A mastectomia radical, enquanto mutilação e amputação visível, objetiva uma agressão muito particular na mulher. Em primeiro lugar porque, como qualquer amputação, é responsável por alterações, mais ou menos marcadas e distintas, em diversas funcionalidades. Depois, e fundamentalmente, porque a mama é um órgão central no eu feminino e de capital relevância nos domínios da maternidade, beleza e erotismo próprios da feminilidade e sexualidade. Por assim ser, algumas mulheres, por incapacidade de vivenciarem a perda da sua integridade corporal, sentem-se diminuídas na sua feminilidade, apresentam autoestima empobrecida e repulsa sexual, evitando, deliberadamente, qualquer tipo de contacto sexual (Arán, 1994).

Pela gravidade e imprevisível evolução clínica, mutilação de permanente confrontação e complexidade bio-psicológica, circunstâncias conducentes a imagens naturalmente negativas de sofrimento e de morte mas, também, pela antecipação das dificuldades associadas ao tratamento, recuperação e recidiva da doença e, não despreciando relevância, pelas eventuais implicações no domínio psicoafetivo e, em particular, na vida íntima, o cancro da mama é, para muitas mulheres, a doença mais desesperadamente temida. A recuperação após a superação do tratamento da doença, constitui-se como a alvorada de uma nova vida a reaprender, certamente mais valorizada, desejavelmente melhor estruturada por um novo suporte psicológico e mais aprofundadamente estudada e conhecida, de modo a disponibilizar melhor e mais sólida ajuda terapêutica psicológica a doentes e suas famílias.

Tratando-se de um tema particularmente importante que despertava o nosso interesse e motivação para responder à questão básica de saber como é que o cancro afectaria a experiência de intimidade das mulheres com patologia mamária, seleccionou-se este tema para investir num processo de pesquisa que se traduz na presente tese do 3º ciclo de estudos em Psicologia.

Foi sob esta perspetiva que nos propusemos iniciar este trabalho cujo objetivo foi avaliar o impacto que a mastectomia, enquanto tratamento cirúrgico do cancro da mama, tem na vida íntima das mulheres. Todavia, porque a mastectomia pode ser entendida segundo duas perspetivas, a) radical (total), enquanto expressão clássica do termo face à abordagem cirúrgica tradicional e b) conservadora (parcial), solução tradutora da modernidade clínica, avaliamos o seu impacto na vida íntima de mulheres submetidas a ambos os tipos de

tratamento, com o objetivo de procurar obter um melhor e mais específico conhecimento das suas implicações nestes domínios.

O presente trabalho está estruturado em 2 corpos principais. O corpo teórico, onde desenvolvemos alguns dados de suporte científico sobre o qual fundamentámos a base de sustentação teórica do trabalho de investigação que constitui o corpo empírico, de que damos conta no corpo empírico.

Na tarefa que antecipávamos complexa, face à delicadeza do tema e à sua, ainda, difícil abordagem devido aos tabus ainda presentes na nossa sociedade, fomos avançando e ultrapassando os obstáculos que iam surgindo, um pouco à semelhança do modo como estas doentes vão ultrapassando as diversas fases do seu adoecer, enquanto se preparam para lidar novos confrontos e debates que a vida lhes oferece.

Sobre a organização global da estrutura do trabalho importa referir que ele foi desenvolvido ao longo de doze capítulos ordenados da seguinte forma:

No corpo teórico, começamos com o enquadramento teórico da atualidade do conhecimento das diferentes dimensões do tema, desde a clínica do cancro da mama até à conceptualização global da interação da doença na centralidade feminina, consequência natural do significado e enorme simbolismo da mama, ou seio, enquanto principal característica sexual secundária da mulher, elemento de identificação psicossocial (Teixeira, 2008) e órgão marcador de feminilidade, maternidade e sexualidade.

Em diferentes capítulos, procurando contribuir para uma melhor compreensão da problemática geral da sexualidade humana e da qualidade de vida, abordamos, enquanto questões complementares, temas tão diversos quanto a relação entre saúde e funcionalidade, dedicando particular atenção ao impacto com que a doença e o seu tratamento se repercutem na atitude psicossocial das doentes, nomeadamente, na especificidade da sua interação com a vivência da intimidade sexual da mulher, perspetiva nuclear para a compreensão do problema e crucial na fundamentação do nosso trabalho.

No corpo empírico, apresentam-se as etapas de todo o processo de investigação que desenvolvemos (nomeadamente: o método, os resultados e respetiva discussão), cujo objetivo principal foi avaliar o impacto da mastectomia na intimidade sexual de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama.

O estudo assentou na ponderação e análise crítica das respostas de 3 grupos de 30 mulheres que, voluntária e esclarecidamente, aceitaram participar na investigação. Dois grupos foram constituídos por doentes tratadas por cancro da mama, um com mulheres submetidas a mastectomia radical e outro com mastectomia conservadora. O terceiro grupo - grupo controlo

- integrou mulheres de idênticas faixas etárias, sem patologia oncológica nem história atual ou pregressa de patologia mamária, submetidas a tratamento cirúrgico por patologias benignas que impunham semelhantes períodos de hospitalização e idêntica agressão biológica anestésico-cirúrgica.

É com base no estudo destes 3 grupos de doentes que nos propusemos avaliar o impacto do tratamento cirúrgico na intimidade diferenciadamente entre estes grupos de mulheres. Apesar do âmbito multidimensional e eventual carga polissémica de que se possa revestir o conceito de “intimidade sexual”, optámos pela utilização desta expressão porque, além de nos permitir investigar, enquanto objetivo principal, o modo como mulheres com cancro da mama avaliam a repercussão da doença e do tratamento sobre a qualidade da sua vida íntima, possibilitou a integração de outros parâmetros, como por exemplo, a qualidade de vida, a imagem corporal, a satisfação sexual, entre outros, que se traduziram em objetivos específicos desta investigação.

Desenvolvemos um estudo observacional-descritivo, transversal e quasi-experimental em que confrontámos todas as participantes com um conjunto de instrumentos que, específicos e devidamente validados para a população portuguesa, julgámos adequados aos objetivos definidos no nosso estudo.

Com este desenho metodológico procurámos analisar condições físicas e psicológicas que nos permitissem avaliar o modo como a mastectomia radical, enquanto mutilação visível, interfere no domínio psicossocial da mulher e, entre outros campos, na imagem corporal, autoestima e vivência da sexualidade, comparativamente com a mastectomia conservadora e outras situações que impõem idênticas condições de agressão biológica.

Após a recolha dos dados, foram construídas as respetivas bases de dados, tendo-se procedido à sumarização das variáveis em estudo, através de estatísticas descritivas, nomeadamente, médias, medianas, desvios padrão, números mínimos e máximos (para as variáveis numéricas) e de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) (para as variáveis nominais).

A análise estatística foi efetuada através o programa SPSS - versão 21 (IBM, 2012) e as respostas analisadas segundo conjuntos referentes a cada um dos grupos de participantes.

Atendendo à dimensão amostral de cada grupo, optámos por métodos inferenciais não paramétricos nas comparações entre grupos. Para dar resposta aos objetivos específicos, utilizámos os testes de Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Wilcoxon, Qui-quadrado, Fisher. Para a correlação de pontuações ente escalas, utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman para cada um dos grupos em estudo. Para os testes estatísticos bilaterais, assumimos o teste t-student com um nível de significância de  $p < 0.05$ .

Os resultados obtidos são apresentados minuciosamente no capítulo 9. Seguidamente, procedemos à discussão dos mesmos, comparando os nossos dados com os da informação recolhida na literatura, salientando similitudes e discordâncias específicas em relação a outros autores, fundamentando a nossa tese acerca do impacto que o cancro da mama e o seu tratamento têm no modo como as mulheres mastectomizadas vivenciam os aspetos da sua intimidade.

Terminamos com um conjunto de considerações finais, salientando que a mastectomia radical tem impacto muito negativo que se repercute na vivência da intimidade da mulher, qualidade de vida e satisfação sexual. Pelo contrário, a mastectomia conservadora faz-se acompanhar de índices de impacto significativamente melhores do que o impacto da mastectomia radical, sobre a relação com o corpo, autoestima e qualidade de vida em todos os subconjuntos estudados. Importante é, ainda, a referência ao suporte familiar, com particular destaque para o marido/companheiro, e da ambiência social na qualidade de resposta, atitude e postura, da mulher como reação à doença e ao seu tratamento.

Os nossos resultados confirmam a importância do tipo de intervenção cirúrgica na relação com a intimidade das mulheres com patologia mamária, o que nos obriga a refletir acerca das implicações destes resultados, não só para o futuro da investigação neste domínio, mas também para a intervenção psicológica nesta área baseada na evidência científica.



# Capítulo 1 - Sexualidade Humana

## 1.1. Contributo para uma Compreensão Geral da Sexualidade Humana

Influências evolucionistas trouxeram a vida animal até ao *Homo Sapiens Sapiens*, que se distingue dos outros seres vivos colocados mais abaixo na Escala Antropológica do Desenvolvimento das Espécies pela fundamentada intelectualidade de atitudes e comportamentos. A diferenciação elementar no âmbito biológico é a sua predisposição para matar sem ser pela absoluta necessidade de comer, por comer quando não têm fome e, estando sempre preparado, exercer a sua sexualidade, estruturada segundo mecanismos fenomenológicos muito complexos, de acordo com normas de conduta concordantes com a moral social e os princípios próprios do seu nível cultural e educacional.

A sexualidade, tal como agora a percebemos, vivemos e, sobretudo, teorizamos é uma criação da cultura ocidental. Não porque outras culturas não tenham igualmente sido interpeladas pelo secreto mistério do sexual, que não o tivessem conceptualizado e estabelecido conceitos e modelos reguladores das reivindicações pulsionais. Contudo, não ignorando o passado, porque a essência do problema assenta precisamente em códigos morais e éticos, a nossa visão do problema não pode deixar de expressar os princípios e os valores próprios da nossa cultura civilizacional. Todavia, esta afirmação não pode ser interpretada como uma, eventual e pretensa, afirmação de que o problema só recentemente tenha suscitado o interesse do Homem porque, com claras evidências desde a Pré-História e diferentes registos consoante os tempos, culturas e civilizações, a temática do corpo é um dos focos que, sempre e em todas as épocas, maior interesse despertou entre Indivíduos e Sociedades.

Significa, sim, que são o tipo e o modo dessa vivência que as Ciências Sociais e Humanas têm vindo a valorizar no sentido de definir a compreensão conceptual da sexualidade, procurando edificar atuais construções doutrinárias solidamente sustentadas por bases socioculturais, políticas, económicas e de género, bem como sobre a definição da padronização da sua normalidade, tanto em termos biológicos, como morais e sociais (Foucault, 1980). Com “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade”, um dos seus textos iniciáticos, Sigmund Freud inaugura a sua, tão original quanto polémica, Doutrina Psicanalítica onde é elaborada a primeira formulação sistemática do tema, tornando-se expoente máximo e incontornável da teorização da Sexualidade Humana (Freud, 1973).

O homem e os restantes animais percebem o espaço envolvente e analisam o ambiente através dos órgãos dos sentidos, sendo através deles que ouvem, cheiram, veem e tocam, formando

imagens impressivamente integradoras do meio que os rodeia e onde estão inseridos. São essas informações que vão equipar o seu património interior, intelectual e cognitivo, e servir-lhes de base para análises comparativas, ilações imediatas e expectativas futuras. Ao contrário do exterior, o nosso mundo interior não é analisável através dos órgãos dos sentidos porque pensamentos, desejos, sentimentos e fantasias, sendo valorizados, não podem ser sentidos ou tocados. Apenas a energia interior nos permite o acesso ao mundo psicológico-afetivo que, apesar da sua consciente realidade, por não ter existência física só nos permite o acesso ao conhecimento através da introspeção, ou da empatia no que aos outros se refere (Kohut, 1959).

Diferentes linhas de pensamento, bem datados pelos tempos, culturas e civilizações, têm favorecido o desenvolvimento, pelas Ciências Sociais e Humanas, de diversas teorias conceptuais sobre a Sexualidade, considerada por Foucault a mais intensa e natural das inquietações, procurando, com base nas diversas dimensões da condição humana, desenvolver construções assentes em bases sociais, culturais, políticas, económicas e de género (Foucault, 1983). É interessante e curiosa esta posição de Foucault expressa em 1983, quando, 3 anos antes, na sua obra intitulada de “História da Sexualidade”, considerava que a não linearidade da condução da investigação pelos campos do saber, do poder e da ética levaram a reflexão sobre sexualidade humana para o domínio da moral, na procura da diferenciação conceptual entre sexualidade, desejo e prazer (Foucault, 1980).

Pereira, Leal & Maroco (2008), por considerarem a sexualidade estritamente relacionada com a diversidade humana, cultural e social, e influenciada por questões de carácter político, económico e de género, entendem a posição de Foucault (1980) como consequência natural da filosofia cultural da época e fruto da revolução sexual, em que os princípios do passado eram encarados como algo a reprimir (Pereira, Leal & Maroco, 2008, p. 28).

Em nosso entender e não menorizando as razões histórico-filosóficas subjacentes à evolução do pensamento, a aparente contradição de Foucault mais não é que o fruto da complexa delicadeza do tema e o quanto de individual e social integram as perspetivas, conceptual e vivencial, da Sexualidade.

Apesar do enorme interesse filosófico, clínico e social que a Sexualidade tem despertado ao longo dos séculos, a abordagem científica da sua teorização não tem sido fácil nem geradora de consensos, fruto evidente da sua complexidade intrínseca, sendo factual que na perspetiva do senso comum, independentemente dos diversos ambientes e culturas, a sexualidade tem uma dimensão muito mais ampla do que a mera expressão focada nos genitais e, por seu intermédio, no sexo e no erotismo.

Iniciamos esta breve resenha sobre a forma como a Ciência foi abordando o problema e interferindo na evolução do Conhecimento e do exercício clínico, através de um sintético

percurso sobre o modo como a Sociedade Ocidental foi entendendo e gerindo o tema.

A sexualidade humana, enquanto construção e representação social, de uma ampla dimensão pessoal, própria do ser humano (Foucault, 1983), é uma área de conhecimento e constitui uma componente positiva de realização pessoal que, estando ligada ao “eu”, aproxima um indivíduo de “outro”, estabelecendo pontes íntimas de ligação com “o outro” (Cruz, 2010).

Entendida por Freud como uma vivência (Freud, 1905), perspectiva que julgamos poder enquadrar no âmbito da atual energia conceptual da Organização Mundial de Saúde, que define a sexualidade como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (OMS, 2001, p. 9).

Por estas razões, a valorização da sexualidade surge, histórica e individualmente, compartimentada em dois períodos bem demarcados no tempo. A atitude e forma como as sociedades foram vivendo a sexualidade permite-nos, na dimensão histórica dos tempos, individualizar duas épocas distintas. A primeira, da Antiguidade grega, oriental e romana, em que o exercício do sexo era considerado e aceite como expressão simples e natural de arte erótica, inerente a normais pulsões biológicas próprias de tempos e momentos da vida e condição do indivíduos e, por isso mesmo, isenta de segredos. Deste modo, o exercício do sexo daria lugar a uma expressão natural da sexualidade, sem lugar a recriminações, segredos ou vergonhas.

Na segunda, ao contrário da anterior, a objetivação da sexualidade passou a ser regida pela doutrina *scientia sexualis* (Pereira, 2012), linha de pensamento que entendia a sexualidade como criticável expressão de condenatórios fenómenos libidinosos. Adotada pelas sociedades ocidentais a partir do século XVII, a Sexualidade, enquanto expressão de marcada dimensão erótica e sexual, passou a ser valorizada pela Sociedade como demonstração de imoralidade impositiva de repressão e, necessariamente, de confissão (Foucault, 1980).

Neste contexto, a sexualidade enquanto mal a reprimir e a confessar, assentará as suas raízes nos, muito antigos, traços pecaminosos evocados pelo Cristianismo, mantendo-se como substância alvo de forte repressão até à década de 70 do século passado, sendo alterada apenas pela corrente doutrinária do Iluminismo que, ao terminar com a visão do pecado, terminou com a noção de catastrofista imoralidade, até então inerente ao conceito e vivência da sexualidade (Foucault, 1980). De acordo com a noção histórica de Foucault, apenas os emancipalistas movimentos feministas das passadas décadas de 60/70 é que conseguiram marcar, definitivamente, a modernidade capaz de emancipar a sexualidade, em relação à essencialidade e à reprodução. Essa revolução libertadora de novos conceitos e identidades

sexuais foram fulcrais para a aceitação de novos paradigmas que, desde os políticos até aos sociais, passando pelos biomédicos e psicológicos, mudaram radicalmente o modo como hoje se pensa e vive a Sexualidade Humana (Foucault, 1980).

Não menos importante foi o facto da evolução do saber, fundamentada na pragmática metodologia da racionalidade científica, ter favorecido a emergência de uma doutrina social que, erradicando alguns comportamentos, foi reconhecendo a irracionalidade de considerar como normais apenas as relações que respeitavam os aspetos normativos regulados pelo casamento (Pereira, 2012). Assim, alguns comportamentos sexuais deixaram de ser postulados como anormais para, invertendo perspetivas e reiterando novos princípios, passaram a ser valorizados como normais e adequadas expressões de sexualidade. Foi assim que passaram a ser reconhecidas diversas formas específicas de expressão e atitudes comportamentais, como o são a sexualidade infantil, a dos criminosos, dos doentes mentais e dos homossexuais, até então consideradas como doença e condenável anormalidade (Foucault, 1984).

Todavia, a perspetiva veiculada na História da Sexualidade de Foucault não deve ser entendida apenas numa fria análise de pensamentos e factos históricos (Pereira, 2012). Na opinião de autores como Henrique Pereira (2012), esta visão assume-se também como uma crítica à Psicanálise, na medida em que ela representará a forma mais moderna e científica de confissão, tornando-se o psicanalista no único veículo para a sua interpretação (Pereira, 2012).

Nesta perspetiva, o pecado veiculado pelo exercício da sexualidade leva, não só a que os indivíduos escondam a sua prática dos outros como, também e fundamentalmente, de si próprios. É a assunção desta realidade substantiva do problema que leva compulsoriamente, tanto à ínvia como à sub-reptícia divulgação social do facto, como à confissão objetiva do seu exercício, circunstância indispensável para a afirmação individual da sua própria existência. O modo como o entendimento e a valorização de atitudes e comportamentos humanos foi evoluindo ao longo dos tempos é consequência natural dos valores civilizacionais próprios de cada momento, época e cultura, justificando que determinadas atuações, depois de consideradas como anormais, venham depois a ser acolhidas como normais noutros ambientes sociais, ao mesmo tempo que algumas situações, sendo legítimas aqui, possam constituir delito de morte noutros.

São vários os estudos antropológicos que evidenciam comportamentos sociais que, na mesma época e em consonância com os valores civilizacionais, tanto são consideradas como aberrações morais, como boas e normas de relacionamento social superiormente educadas (Levi-Strauss, 1986; Schmitt et al., 2004).

Embora os valores ético-morais ocidentais encontrem as suas raízes na tradição judaico-cristã, o ascetismo em relação aos prazeres e o legado pessimista que hostilizava o corpo, resultam

sobretudo de considerações médicas, cujas origens remontam à Antiguidade. O Estoicismo, uma das mais antigas e influentes Escolas de Filosofia, mudou radicalmente a importância com que os filósofos gregos dissertavam sobre a busca do prazer, fazendo com que sexualidade concentrada no casamento se tenha transformado, na perspectiva de Ranke-Heinemann, 1996), “uma permissão para a satisfação da luxúria ou do prazer para aqueles que os consideravam indispensáveis” (Ranke-Heinemann, 1996, p. 23).

Também a catequese veiculada pelos Grandes Mestres da Igreja - Sto. Agostinho, S. Jerónimo e S. Tomas de Aquino -, a que pensamos poder chamar de doutrina moral da Igreja, foi decisiva para o reforço da negação do prazer sexual característico da influência estoica. O estigma negativo do prazer, veiculado pelo ato sexual quando exercido fora do seu contexto legítimo e com o objetivo preciso da procriação, faz emergir uma moralidade que é, essencialmente, a moralidade sexual. Ao colocar a origem do mal na vivência sexual, ou seja, ao sexualizar o pecado original, Santo Agostinho, com esta marca clara da sua linha doutrinária, deixa como o seu maior legado à moral cristã, o pensamento do princípio da concupiscência como pecado original, pelo que o homem será naturalmente fruto do pecado.

Esta concepção, de que as exigências do corpo impediam o acesso da alma, fragilizou o Homem, vulnerabilizando-o pela culpa do desejo que, enquanto pecado, foi responsável pela exaltação do culto da virgindade até planos nunca verificados. Todas estas linhas de pensamento confluem na, anteriormente referida, sexualização do pecado original que faz do Homem vítima indefesa da Mulher sem escrúpulos nem valores, que o seduz e, pelo ritual sexual, o leva a pecar. Fundamenta-se, assim, a imagem negativa da Mulher, concepção ainda presente na cultura do ocidente quando a responsabiliza pela queda, por oposição ao Homem que aparece com um ser, originalmente, espiritual e vítima indefesa da mulher diabólica.

Vimos, até aqui, como a sexualização do pecado e a criação da confissão permitiu à Igreja criar um discurso sobre a sexualidade, através do qual pode controlar e intervir de forma profunda na sexualidade dos fiéis. É dentro deste espírito que a moralidade cristã, que “situa os principais pecados da humanidade nos quartos de dormir” (Ranke-Heinemamm, 1996, p. 47), se desenvolveu.

Não menos importante foi a influência do pensamento médico que se manteve até ao século XVII, quando se começou a esboçar a primeira grande rutura nos mecanismos de controlo e repressão da sexualidade (Foucault, 1985). A concepção de uma pulsão sexual inerente ao ser humano, cuja forma de satisfação poderia ser boa, sadia ou, ao contrário, errada ou perversa, data do Iluminismo, ou seja, da transição do século XVII para o XVIII. Nesta época, as questões de ordem sexual começam a influenciar cada vez mais o social, particularmente a sexualidade legítima no seio da família a fim de regular a procriação.

No Iluminismo, a questão coloca-se na interação entre instinto e vontade e entre o desejo e a virtude equacionados de uma forma totalmente nova, sem o moralismo que, até então, lhe era próprio.

O Homem deixa de ser simplesmente guiado pelos instintos para, ao contrário, passar a ser entendido como um ser civilizado, capaz de conter o seu prazer em favor do bem maior que é a Sociedade. Nesta linha de pensamento e de acordo com a nova concepção do casamento, o instinto sexual passou a ser entendido como algo primordial do indivíduo que deveria saber controlar-se para o exercer em reforço da dignidade da sociedade.

Este princípio, que concentra algo de muito próximo da concepção freudiana de sublimação, constituiu-se a base para aquilo que, no final do século XIX, passou a ser chamado de sexualidade, ou seja, o pensar o sexo como algo de intrínseco ao indivíduo e à sua condição humana. Razões claramente de índole social foram os novos delitos que apareceram como indiciadores da profunda mudança ocorrida nos costumes da época. A liberalização da atividade sexual, com a sistemática precocidade da iniciação, antes e sem claro compromisso de casamento, e a gravidez que, pela ilicitude, era escondida e portadora de facilitação de aborto ou de assassinato do recém-nascido. Por todas estas razões, desde o final do século XVII, sobretudo em França e na Alemanha, começou a colocar-se a questão de como controlar a gravidez e a natalidade, problemas largamente discutidos na perspetiva social e política na exata medida em que os indivíduos, enquanto recurso do Estado, eram agentes produtores de riqueza (Sarasin, 2003).

Nasceu assim a moderna perspetiva bio-sócio-política da Sexualidade, que conduziu ao seu entendimento atual enquanto aquilo que marca o indivíduo na sua mais profunda dimensão (Sarasin, 2003). Para este Autor, o processo que levou a esta nova configuração possui quatro características: a descrição do sexo como qualidade constitutiva do sujeito; a passagem do sexo do registo religioso para o médico, com inerente transferência de competências dos padres para os médicos; a diferenciação entre a sexualidade perigosa e a sadia; e, finalmente, a biologização da diferença dos sexos como base fundadora de toda sexualidade legítima (Sarasin, 2002/2003). O que torna esta corrente filosófica absolutamente inovadora, se não revolucionária, é a clara determinação da exposição a um pensamento e acesso a um saber cientificamente objetivo, isento da contaminação religiosa.

Salientando a lentidão do longo processo que, no dizer de Freud, vem continuamente do nascimento até à morte (Freud, 1905), justificar-se-á uma breve reflexão sobre o modo como evoluiu e se consolidou a teorização conceptual da Sexualidade Humana, domínio em que Freud e a Psicanálise são marcos incontornáveis. A teorização conceptual de Freud, tão inovadora quanto polémica, explica que a condição humana se caracteriza, também, pelo facto dos indivíduos nascerem dotados de afeto, desejo e conflitos (Freud, 1905) o que chocou

profundamente a Sociedade Científica de então e continua a ser motivo de continuada investigação.

Esta nova etapa da caminhada evolutiva do pensamento humano neste domínio, surgiu com um pequeno ensaio de 40 páginas - “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” - publicado por Freud, em 1905, hoje entendido como veiculador da subversão freudiana. Isto, porque este texto do início do século XX rompe definitivamente com os esquemas explicativos tradicionais, acaba com a concepção de pulsão natural versus pulsão perversa da Psychopathia Sexualis (Krafft-Ebing, 1895) e centraliza o debate na diferença entre o objeto e a finalidade sexual, ou seja, entre o objeto desejado e a atividade sexual ambicionada para o objeto (Freud, 1905).

Com as culturas civilizacionais centradas na especificidade individual, face a essa singularidade, Freud considera que, sendo legítima e indispensável a formação de códigos morais de conduta social, será um erro grosseiro exigir de todos idênticas atitudes e condutas. Neste domínio, Freud considera mesmo que as civilizações cometem “uma grande injustiça ao exigir de todos uma idêntica conduta sexual” (Freud, 1908, p. 197).

Pela influência direta que exerce sobre sentimentos e relações interpessoais de âmbito muito mais vasto e diverso que o da simples expressão física do ato sexual, a Sexualidade é um dos mais fortes agentes condicionadores da saúde física e mental do ser humano (Miguel, Araújo, Fiadeiro, 1996).

Tal como na perspectiva histórica, também na dimensão individual são claras as diferenças entre a fase da maturidade sexual e a da outra que a precede. O longo processo de maturação, assenta na evolução fisiológica de um vasto conjunto de condições biológicas que, vindas da genética e espelhando marcadas pégadas sócio culturais, vão ser alvo de interações ambientais e evoluir através de diferentes etapas fisiológicas da vida, caracterizando as diferentes formas de expressão da sexualidade na infância, na adolescência, na idade adulta e na velhice.

Aspeto absolutamente inovador e revolucionário, foi a forma como a Psicanálise soube entender a Sexualidade como função corporal que, tendo na procura do prazer o seu objetivo primordial, exclue o erotismo, a procriação e a redutora expressão da genitalidade, considerando os órgãos genitais apenas como meros instrumentos efectores de um muito específico objetivo, o da missão reprodutiva. Na doutrina psicanalítica o conceito de sexual é diferente e muito mais abrangente do que no sentido popular e, como, desde o início foi referido por Freud (1910), a atividade sexual não é mais que tempo e forma da sua expressão. Num todo conceptual, dir-se-á que a sexualidade é ternura e domínio integrador de todos os sentimentos ternos emanados dos impulsos sexuais primitivos, mesmo após a sua inibição sexual primitiva e tenham sido direcionados para outros fins específicos (Freud, 1910). Ao teorizar a Sexualidade, elaborando concretamente a fundamentação da Sexualidade Infantil, Freud provocou uma acalorada

polêmica entre a conservadora sociedade científica do final do século XIX, uma vez que a criança era vista como um ser assexuado, símbolo de angelical pureza.

Na teoria freudiana o conceito de unidade é lembrado pela proposta do mito hermafrodita, citado por Aristófanes no banquete de Platão. Para o mito proposto na teoria de Freud, o Homem, em busca da unidade, procura a outra metade - o diferente ou o outro - fora de si, tentando resgatar o corpo único não diferenciado. Esta busca é imperativa e exige uma resposta única porque, em qualquer circunstância e indiferentemente da orientação sexual de cada indivíduo, só os dois constituem a unidade - desejo incestuoso - que nunca se concretiza, Freud fala de angústia do homem quando se refere à sexualidade. Ou seja, a sexualidade humana exige a concretização da unidade que permita a realização individual porque, devido à singularidade, não há soluções que possam ser entendidas como formas universais de expressão da sexualidade.

Freud denomina de energia a força que preside os atos humanos, tanto biológicos como psíquicos, salientando que a energia sexual, de natureza pulsional e a qual chama de libido, como energia dos instintos sexuais e só deles e que preside à relação entre a representação da palavra e do objeto de forma simbólica. Atribuindo-lhe uma causa biológica, afirma que as diferenças da sexualidade, uma polar feminina e outra masculina, estão relacionadas com o falo, não com o pénis. Ou seja, o falo, diz respeito ao que é falante e por isso apresenta-se como símbolo, que necessita da linguagem para contornar o seu entendimento. E, reforçando a nossa perspectiva sobre o tema, vemos que Freud afasta a genitália da base conceptual da sexualidade, em que os genitais não são mais que uma vestimenta (Miller, 1998), aproximando-a de algo mais amplo como sendo qualquer forma de gratificação e de procura, bem como de regulação de um princípio de prazer e um de realidade do prazer.

Entre os diversos domínios da vontade, a sexualidade é, enquanto energia motivadora, a força motriz que motiva o Ser Humano na procura do amor, contacto físico e intelectual, ternura e intimidade, expressando-se na forma de sentir, de tocar e ser tocado.

A ciência portuguesa, desde Egaz Moniz a Barahona Fernandes e Coimbra de Matos, tem sido muito profícua no que concerne à investigação no domínio das Neurociências. Na área do conhecimento da Sexualidade Humana, mantendo o princípio geral da construção freudiana da personalidade sexual, Coimbra de Matos (1999 e 2004) encurta muito o seu período de consolidação estrutural, assumindo uma expressão internacional com a sua proposta de abordagem do processo identitário através de três fases (Coimbra de Matos, 1996).

A primeira fase, correspondente ao primeiro ano de vida, é onde, por identificação imagóico-imagética que representa a assimilação e através de comportamentos interrelacionais, o bebé forma a sua identidade inconsciente. A segunda fase, relaciona-se com a identificação



idiomórfica, ou seja, tem que ver com a forma como a criança se vê a si mesma e o que pensa de si própria. Esta fase, que se desenvolve entre os 18 e os 36 meses, é onde a criança inicia o reconhecimento do seu corpo sexuado, ao mesmo tempo que se apercebe da existência de dois sexos diferentes. Na terceira fase, dos cinco aos seis anos de idade, a criança atualiza um modelo alotriomórfico, ou seja, concretiza a identificação como resultado do modelo do outro e no exercício de investigação da cópula. Apesar da não linearidade com que foi esplanada a complexa doutrina fenomenológica da Psicanálise e da Sexualidade Humana, a sua importância é bem expressa através da persistência, enquanto icebergs de incontornável impacto, nos domínios do conhecimento e dos saberes, ao mesmo tempo que a necessidade expressa da Sociedade em repensar o sexual ilustra bem o peso científico e social do problema na atualidade.

Sustentada por fatores de ordem teórica, filosófica e social e imposta pelos movimentos feministas, de liberalização e defesa da homossexualidade (Foucault, 1980), a abordagem global e moderna da sexualidade explodiu, enquanto tema geral de discussão, em maio de 1968 em Paris, na sequência dos contestatários movimentos da Sorbonne. Na dimensão biológica do problema, diremos que a Sexualidade é um dos temas nucleares da saúde física e mental do Homem, sabendo que a Saúde Mental traduz a integração dos aspetos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais que confluem para o equilíbrio da personalidade e capacidade de comunicação do indivíduo, não só consigo mesmo mas também com os outros.

Em consonância com o pensamento moderno, Katchadourian (1979), ao contrário de Freud, assume que a abordagem da sexualidade deve ser efetuada segundo duas perspetivas que dividem em categorias orgânicas, homem e mulher, associando as qualidades específicas desta distinção ao comportamento erótico de cada género (Katchadourian, 1979). Contudo, pensamos que o principal avanço de Katchadourian no caminho da modernidade, assenta na importância que atribui, na fase estruturante da personalidade sexual, à interação ambiental de outros elementos, como a dimensão educacional e a dimensão básica da identidade familiar, o estilo de vida, a contextualização social e, primordialmente, a forma de expressão dos afetos, como agentes moduladores da vivência da sexualidade (Katchadourian, 1979), ou seja, dos valores culturais próprios de cada indivíduo.

A amplitude do conceito e o entendimento de que a Sexualidade representa algo de inerente ao *self*, enquanto eu da natureza humana, contextualizado através de uma contínua inter-relação entre os aspetos sexuais e não-sexuais e a construção da espécie, vinculada às variantes de relações interindividuais, com a comprovada realidade do que somos enquanto pessoas individuais, foi mais recentemente teorizada por Martínez e Sanches (1997) e Seixas (1998). Na perspetiva de Martínez e Sanches (1997), a sexualidade é contextualizada através da contínua inter-relação entre aspetos sexuais e não-sexuais que confluem na demonstração do que nós somos enquanto pessoas, logo, como algo inerente ao ser e condição humana. Para Seixas

(1998) a perspectiva ainda é mais simples e objetiva, quando afirma que a sexualidade humana é uma construção da espécie, vinculada às formas de relação interindividual.

Evolutiva, em substância e modo de expressão, a sexualidade acompanha as diferentes etapas da vida do indivíduo, desde a infância, a adolescência, a idade adulta e velhice, sendo vivenciada de modo absolutamente específica de acordo com as características genéticas, interações ambientais e condições socioculturais do indivíduo. Construção da espécie (Seixas, 1998), processo ativo e dinâmico, a sexualidade é uma dimensão básica da identidade individual que, pela influência do pensamento e da autoimagem, condiciona escolhas e preferências, marca claramente o estilo de vida e a expressão de afetos (Pereira, Leal & Maroco, 2008, p. 29). Porque cada cultura e sociedade valorizam as suas expressões sexuais enquanto produto dos valores, ideias e normas que assumem como quadro de referência e pelos quais se regem, valorizando o pensamento de Martínez e Sanchez (1997), Pereira et al., (2008), apontam três ideias básicas a ter em consideração para a compreensão da sexualidade humana: 1-A sexualidade é algo inerente ao ser humano, sendo a “cultura do sexo” particularmente importante para a aprendizagem, valorização e expressão de rituais indivíduos e de grupos. 2- Existe uma mútua, contínua e extremamente variável inter-relação entre aspetos sexuais e não-sexuais, definidos por ideologias e valores. 3- A Sexualidade está mediatizada por tudo o que somos enquanto pessoas, influenciando o modo como pensamos e agimos, exercendo importante e evolutiva influência nas expressões comportamentais da sexualidade (Martínez & Sanchez, 1997; Pereira et al., 2008).

Independentemente das múltiplas teorias e das fundamentações filosóficas, sociais e culturais que têm sido envolvidas no processo e da recente e, muito abrangente, conceção de Bhattacharyya (2002), julgamos poder afirmar que é na Sociedade - valores culturais e civilizacionais próprios da época - e no Indivíduo - na sua relação de coerência e respeito para consigo e com os outros -, que teremos que alicerçar a sustentação de todas as linhas de pensamento teorizador da Sexualidade.

No decurso das últimas décadas e no âmbito da saúde, o discurso sobre Sexualidade ganhou nova dimensão face à emergência dos Manuais de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSMs), objetivando o peso que o sexual continua a ter nas Ciências Cognitivas, tanto a propósito de novos mecanismos de controlo, como da teorização fenomenológica (Ceccarelli, 2010). Segundo Kohlberg (1966), para as Teorias Cognitivas a noção de identidade sexual é o fruto da construção interna da atividade do sujeito, em concordância com as suas próprias capacidades intelectuais. Será por esta interdependência que capacidade intrínseca do indivíduo justificará o, nem sempre linear, desenvolvimento inerente ao julgamento cognitivo que, por aspetos associados a si e a um conjunto de fatores externos, o indivíduo faz por ser masculino ou feminino. É com base nesta contextualização, em função do género e de representações mentais, que incluem comportamentos, atributos e objetos associados a esse

mesmo género (Martin & Halverson, 1981), que o sujeito inicia a organização da sua identidade, que se irá expressar através de atitudes e comportamentos sexuais que lhe são próprios (Kohlberg, 1966).

É nossa convicção, que a ampla dimensão social e o profundo impacto que a Sexualidade Humana tem, é na atualidade, valorizada no âmbito dos saberes da Sociologia e da Antropologia mais, do que as marcantes influências das correntes filosóficas e psicológicas (Gagnon & Simon, 1973), sendo os responsáveis pela enorme recuperação do interesse justificativo do grande debate a que se tem vindo a assistir. Aspeto interessante, subjacente a este grande debate, é o da consonância do Essencialismo e do Construtivismo, enquanto correntes de pensamento, acerca da nuclearidade conceptual da definição da sexualidade. Salientando as diferenças de patamares, ambas as Doutrinas afirmam a sustentação das suas razões em bases de ordem individual e ambiental, com o Essencialismo mais focado nos aspetos biológicos definidos pela hereditariedade e por sua vez, o Construtivismo dando maior ênfase aos aspetos sociais.

Acentuando a polémica, alguns psicólogos sociais defendem que a controvérsia resulta da distorção da perspetiva como os Essencialistas entendem a relação de exterioridade, negando a sua intervenção nuclear enquanto norma reguladora da interação entre o social e o biológico (Alferes, 1997). Será este o único e simples detalhe que, porque impeditivo do entendimento do modo como as formas de conhecimento social interagem com a realidade biológica, fundamenta a atitude intelectual e justifica a teoria doutrinária do Essencialismo (Alferes, 1997).

Em jeito de síntese e atrevendo-nos a procurar sintetizar a consensualidade das perspetivas humanistas da teorização filosófica, moral e biológica da Sexualidade Humana, pensamos que é nas três dimensões, individual, interpessoal e sociocultural, que teremos, necessariamente, de encontrar os núcleos fenomenológicos do problema.

De um modo geral, a sociedade atual tem o hábito de pensar a sexualidade como um mero exercício físico, reduzido ao ato sexual e, eventualmente, ao que lhe está associado. De facto, não excluindo e sendo mais diversificada que a mera dimensão física do ato sexual, a Sexualidade Humana, sendo central na vida das pessoas, traduz um amplo envolvimento das vertentes intelectual, psicológica e afetiva sendo, individual e socialmente, vivido consoante normas, princípios e valores próprios da época em análise. Este envolvimento relacional de um indivíduo consigo mesmo e com os outros, independentemente da sua orientação sexual, abrange campos tão amplos como os das emoções, do amor, do prazer com, inequívoca e profunda intervenção na felicidade, bem-estar e realização pessoal. Ao refletir sobre a moderna contextualidade dos aspetos doutrinários da sexualidade, nomeadamente da Psicanálise, importa não menorizar as mudanças ocorridas sobre o seu entendimento vivencial dos últimos anos.

De acordo com Arán (2005), a base nuclear desta mudança foi a libertação das mulheres. A escolarização e a entrada da mulher no mercado de trabalho, a separação da sexualidade da reprodução e a crise da família tradicional (Arán, 2005). A autora realçou ainda as políticas de visibilidade e o reconhecimento da homossexualidade e, mais recentemente, a valorização das modificações corporais inerentes a transgéneros, transexuais e intersexuais (Arán, 2005). Todos estes fenómenos e processos tiveram como resultado o deslocamento das tradicionais referências simbólicas, homem/mulher com a sua correspondente bipolaridade público/privado, para o que é hoje a organização social, moral e política das sociedades modernas, nomeadamente, a partir dos limites de intervenção e poder entre homem (público) e mulher (privado), como uma nova forma de pensar a diferença sexual (Arán, 2005).

Exemplo elementar do que acabamos de afirmar é o modo como alguns desses núcleos fenomenológicos fomentarão evoluções biológicas, psíquicas e afetivas próprias da Condição Humana que, integrados e coerentemente inseridos nos padrões morais e sociais da Época, marcarão as Sociedades com maior impacto que o desenvolvimento económico se repercute na vida das pessoas, atingindo áreas tão profundas como a intimidade, modulando a sexualidade enquanto foco central da encomenda social de que nos ocupamos (Bhattacharyya, 2002). Os múltiplos e diversos discursos sobre a sexualidade humana foram sendo construídos ao longo dos séculos, até ocuparem uma parte central tanto na vida individual quanto na coletiva da sociedade ocidental. A cada momento histórico, este saber foi apresentado como uma verdade, seja ela ditada pela Igreja, pelo Estado, pela Medicina ou pela Psicologia. O discurso ideológico sustentando por este saber e, atrelado aos interesses que sustentava o poder e à ordem política, estabeleciam o que deveria ser considerado “normal” e, por extensão, o patológico em termos de desejos e práticas sexuais.

É nosso entendimento que a essência, importância e verdadeira dimensão da sexualidade deve ser colocada no domínio amplo da Condição Humana, tal como julgamos comprovado pelo interesse que múltiplas e diversas correntes de pensamento têm dedicado à forma, e investigado o modo, como os indivíduos vivenciam o corpo, o género, a orientação sexual e o seu relacionamento interpessoal.

A necessidade de repensar o sexual nos nossos dias, não é uma situação que se imponha apenas por razões éticas ou políticas mas, fundamentalmente, por motivos de necessidade teórica, filosófica, social e clínica da maior importância, onde os movimentos feministas e de liberalização das mulheres assumem particular destaque, reforçado pelas políticas de visibilidade para a homossexualidade e, mais recentemente, as modificações corporais realizadas por transgéneros, transexuais e intersexuais (Arán, 2005).

Se a finalidade primária e biológica da atividade sexual é a reprodução, a sexualidade humana é algo de muito mais vasto e complexo porque, tal como refere Kaplan (Pereira, 2012), “... o

desejo sexual depende da ativação de um sistema específico de circuitos e núcleos cerebrais... o apetite sexual experimenta-se quando os circuitos sexuais se ativam ... para um funcionamento normal desses circuitos, são necessários níveis adequados de testosterona e um adequado equilíbrio dos neurotransmissores serotonina, dopamina e catecolaminas...”. Ou seja, uma das mais importantes funções da Sexualidade Humana é a procura do prazer, concretamente de natureza excitante e orgástica (Pereira, 2012) mas também, com base na componente emocional e afetiva, de o vivenciar e proporcionar ao outro nessas mesmas expressões de prazer.

A orientação sexual e a fixação hétero ou homossexual, colocada na base da diferenciação sexual e fundamentada pela doutrina da sexualidade infantil, assenta na disposição da essência bissexual do ser humano e na dimensão autoerótica, que permite encontrar o original e o humano na base de todas as perversões (Freud, 1905).

São essas características que, vindas da genética até às interações ambientais e espelhando marcadas pégadas sócio-culturais, vão evoluindo ao longo de diferentes etapas fisiológicas da vida dos indivíduos, caracterizando a sexualidade da infância, da adolescência, da idade adulta e da senilidade. Todavia, na perspectiva de Pereira (2012), do pensamento de Foucault poderá considerar-se a perspetivação de uma, eventual, nova hipótese segundo a qual a “sexualidade humana não deve ser concebida como um dado da natureza que o poder tenta reprimir, mas sim como um produto de encadeamento da estimulação dos corpos, da intensificação dos prazeres, da incitação do discurso, da formação dos conhecimentos, e do reforço dos controlos e das resistências” (Pereira, 2012). Misto da essência do essencialismo e construtivismo, esta visão acarreta duas consequências importantes. Por um lado, tornando indissociáveis os poderes que orquestram a sexualidade e o oficialmente encapsulado conhecimento dos discursos sexuais e, depois, no dizer de Epstein (2003), possibilitando, se não favorecendo, a construção das pessoas, sob formatações do normal.

Julgamos legítima, em termos de síntese, a reafirmação de que a complexa e multifacetada realidade de que se reveste a sexualidade humana, impõe o esforço acrescido de conhecimento e compreensão das diversas dimensões que a compõem. São delas exemplo, o indivíduo - enquanto ser biológico, social, espiritual e psicológico, nas suas manifestações individuais e interpessoais -, a família - como os seus valores e modelo funcional- a educação - reguladora do modo como cada indivíduo aprende e interioriza conhecimento, atitudes e hábitos, internaliza processos fisiológicos, afetivos e cognitivos, despertadores de imaginação e fantasias com impacto emocional -, a sociedade - com os seus princípios, normas e motivações - e, em cúmulo de sinérgico de influências, a socialização. Neste domínio e contexto específico, citando Pereira et al. (2008), diremos o tempo crítico da socialização sexual é adolescência onde, fruto da emergência natural das pulsões conducentes à intimidade das relações, a socialização deve ser criteriosamente praticada segundo a normalização de atitudes e valores até então

interiorizados, para que ocorra uma nova e sadia aprendizagem de comportamento interpessoal e expressão sexual” (Pereira, Leal & Maroco, 2008).

Como explicam Pereira et al. (2008), “para aprenderem a comportar-se sexualmente, os indivíduos têm que dar um significado sexual a determinados estímulos externos e a identificar e dar também um significado erótico a determinados estímulos internos (Pereira et al., 2008, p.30). Nesta lógica, “o aspeto da gratificação que a pessoa busca no encontro sexual não é um mal absoluto em si mesmo” (Abraham & Passini, 1980). Diremos que é “mais uma componente inseparável da própria natureza da pulsão sexual, que se revela extraordinariamente funcional para o equilíbrio do sujeito, independentemente da fase de desenvolvimento sexual em que este se encontre, inclusive nas mais avançadas” (Abraham & Passini, 1980; Pereira et al., 2008, p. 31).

Mais psicológica, cognitiva e emocional, importa referir que entre as várias funções decorrentes da sexualidade, a fase carnal assume um papel da maior relevância, em duas dimensões distintas do “prazer”. “Prazer” próprio de natureza excitante e orgásmica, mas sobretudo, gozo altruísta de proporcionar “prazer” partilhado ao outro. Neste modo de ver, importa destacar o superior aspeto relacional inerente à sexualidade, através do qual o indivíduo, mais que qualquer outra coisa, pode expressar carinho, afeto e amor, valorizando o bem-estar, a saúde física e psicológica. Neste sentido, como é possível constatar através deste exercício de revisão da literatura e do quadro conceptual concebido, a sexualidade e o modo como o próprio indivíduo a vivencia tem marcado impacto na sua vida, saúde e portanto, na sua qualidade de vida.

Vivenciar a sexualidade de uma forma positiva, permite ao indivíduo, tendo e proporcionando prazer ao outro, partilhar emoções, momentos, corpo, intimidade e estabelecer uma relação afetiva, inerente à natureza da própria condição humana.

## **1.2. O Conceito de Sexualidade**

A sexualidade é uma área de conhecimento e constitui uma componente positiva de realização pessoal e que por um lado está ligada ao “eu” e por outro, aproxima o indivíduo do outro em relações íntimas (Cruz, 2010). A Organização Mundial de Saúde (2001) define sexualidade como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contato, ternura e às vezes amor. Desenvolve-se ao longo de toda a vida do ser humano, sendo diferente de pessoa para pessoa, na medida em que está relacionada com as características genéticas do indivíduo, as suas interações ambientais e das condições socioculturais em que se encontra, acompanhando diferentes etapas da vida do indivíduo como a infância, a adolescência, a idade

adulta e a senilidade.

Entre os diversos domínios energéticos, a sexualidade é, enquanto energia motivadora, a força motriz que motiva o Ser Humano na procura do amor, contacto físico e intelectual, ternura e intimidade, expressando-se na forma de sentir e de como as pessoas tocam e são tocadas. Muito mais que limitada à simples expressão física do acto sexual, pela influência directa que exerce sobre sentimentos e interacções, a Sexualidade Humana é um dos mais fortes agentes condicionadores da saúde física e mental (Miguel, Araújo, Fiadeiro, 1996).

A sociedade foi sofrendo alterações ao longo do tempo e com a sexualidade passou-se o mesmo, ou seja, há indícios que demonstram a exploração do tema desde a mitologia greco-romana até aos dias de hoje. As mudanças sociais, culturais, bem como os hábitos e os costumes da sociedade sofreram grandes transformações, o que também teve impacto na forma como se encara e se procura compreender a sexualidade. Recordando-se a obra intitulada “história da sexualidade” de Foucault (1980), percebe-se que ao longo da trajetória histórica da sexualidade, a década de 70 destaca-se pela revolução do conceito de sexualidade, onde criou identidades sexuais, proporcionou a mudança nos paradigmas de entendimento da sexualidade, surgindo paradigmas políticos, biomédicos, sociais e psicológicos. Como explicam Pereira, Leal e Maroco (2008, p. 28), “quando o autor [Foucault] deu início aos seus trabalhos, estava-se em plena revolução sexual e o passado era encarado como um período de repressão. No entanto, para Foucault, o próprio conceito de sexualidade era o resultado desse discurso, pois as interdições também conduziram à construção de um poder - criaram-se identidades sexuais e uma multiplicidade de outras sexualidades que não teriam existido de outro modo”. Por outras palavras, a sexualidade está estritamente relacionada com a diversidade humana, cultural e social, sendo influenciada por questões de carácter político, económico e de género, apresentando-se por isso, como uma conotação de construção e representação social, perfazendo uma ampla dimensão pessoal, própria do ser humano (Foucault, 1983). Aliás, a sexualidade “tal como muitos outros aspectos da experiência humana - mostra-se-nos como uma realidade complexa e repleta de diversidade” (Pereira, Leal & Maroco, 2008, p. 29).

O termo sexualidade surge diversas vezes associado ao sexo, quando na verdade não se limita ao mesmo, podendo considerar-se “a dimensão da identidade básica, que se manifesta no nosso estilo de vida, nos papéis sexuais sociais e nos modos de expressar o afecto; e trata-se de um processo activo e dinâmico de ser, que influencia o nosso pensamento, a nossa auto-imagem, o nosso corpo, as nossas escolhas e as nossas preferências” (Pereira, Leal & Maroco, 2008, p. 29). Neste sentido, os mesmos autores (Pereira et al., 2008, p. 29), suportando-se na ideias de Martínez e Sanchez (1997), apontam três ideias básicas a ter em consideração para a compreensão da sexualidade humana:

- A sexualidade é algo inerente ao ser humano;
- Existe uma mútua e contínua inter-relação entre os aspectos sexuais e os aspectos não-sexuais;
- A Sexualidade está mediatizada por tudo o que somos enquanto pessoas o que, por sua vez, influencia o modo como pensamos e agimos.

Como já se referiu anteriormente, a sexualidade é uma realidade complexa e diversa, pelo que é necessário compreender as dimensões que a compõem. Ou seja, no que concerne à dimensão sócio-cultural da sexualidade, é necessário, desde já, ter em linha de conta de que a sociedade em que o indivíduo se encontra inserido modela, organiza e controla o desenvolvimento e a expressão da sexualidade. A forma como cada cultura e cada sociedade aceita ou não as suas expressões sexuais, tem que ver precisamente com os valores, ideias e normas que cada cultura assume como quadro de referência e pelos quais se regem. Contudo, existe um conjunto de aspetos que são comuns em todas as culturas. Como aspetos comuns Pereira et al. (2008) apontam os seguintes:

As “culturas do sexo” são extremamente variáveis em termos das suas ideologias e valores;

- A “cultura do sexo” é um dos envoltórios mais imediatos da sexualidade e é particularmente importante para a aprendizagem e a expressão sexuais entre os indivíduos e grupos;
- A “cultura do sexo” exerce uma influência importante e contínua nas expressões comportamentais da sexualidade.

Em relação à dimensão interpessoal da sexualidade, esta tem que ver com o modo como cada indivíduo aprende e assimila determinadas habilidades, normas e motivações sociais, que por sua vez, são de extrema relevância no processo de socialização sexual, a partir do qual se desenvolvem atitudes, valores, normas e papéis sociais relacionados com a sexualidade (Pereira, Leal & Maroco, 2008). Assim, se durante a infância os pais são os principais agentes de socialização do bebé, “na adolescência, a necessidade de estabelecer relações íntimas obrigam a uma reformulação das atitudes e valores até então interiorizados, para que ocorra uma nova aprendizagem de comportamento interpessoal e expressão sexual” (Pereira, Leal, Maroco, 2008, p. 30).

Face à dimensão individual da sexualidade, é necessário reconhecer que existe um conjunto de processos internos individuais, fisiológicos, afetivos ou cognitivos, que são cruciais na forma como cada indivíduo vive e se comporta ao nível sexual. Então, ao nível fisiológico “a herança biológica dirige o curso dos processos bio-fisiológicos de desenvolvimento sexual, o que favorece uma grande variabilidade na expressão sexual, mas também contribui para a activação sexual dos indivíduos, nomeadamente a atracção sexual” (Pereira et al., 2008, p. 30). Ao nível



afetivo, destacam-se o comportamento sexual, as fantasias e os pensamentos sexuais que têm impacto emocional no sujeito, note-se que estes processos podem ser mais ou menos intensos, influenciando, das mais diversas formas, a vivência da sexualidade desde a atracção até à relação sexual. Numa perspectiva cognitiva, é de ter em consideração que o indivíduo desenvolve um conhecimento e interpreta a realidade de acordo com aquilo em que acredita, o que terá um papel fundamental e determinante na sua vida sexual. Como explicam Pereira, Leal e Maroco (2008, p. 30), “de facto, para aprenderem a comportar-se sexualmente, os indivíduos têm que dar um significado sexual a determinados estímulos externos e a identificar e dar também um significado erótico a determinados estímulos internos. Para além disso, existe um outro grande mediador cognitivo da sexualidade que é a possibilidade de criarmos situações através da fantasia e da imaginação que têm, como sequência, o início de uma resposta sexual”.

Na verdade, a tentativa de definir sexualidade não se revela uma tarefa fácil, na medida em que esta é influenciada por fatores de diversa ordem, pelo que Katchadourian (1979) aponta duas categorias principais a ter em consideração para a sua compreensão: a que divide, em termos orgânicos, o homem e a mulher e também as qualidades que os distinguem e o comportamento erótico. Segundo Martínez e Sánchez (1997) a sexualidade é algo inerente ao ser humano, contextualizando-se por via de uma contínua inter-relação entre os aspetos sexuais e não sexuais, e através da demonstração do que o indivíduo é enquanto pessoa. Para Seixas (1998), a sexualidade humana é uma construção da espécie, vinculada às formas de relação inter-individual.

Também Bhattacharyya (2002) propôs uma abordagem para a compreensão da sexualidade, onde enfatiza o impacto das reestruturações económicas e das forças globalizantes atuais, na forma como o indivíduo vive e experiencia a sua intimidade e a sua sexualidade. A autora propõe então um modelo de análise composto por sete dimensões, sejam elas: a normatividade, a universalidade, a instrumentalidade, o desempenho, a objetificação, a representação e a revelação dos segredos.

A dimensão da normatividade realça a procura da aceitação em desfavor da procura de prazer, onde a sexualidade, através da análise da heterossexualidade, “é vista como uma das “encomendas” sociais mais solicitadas e é acompanhada de uma recompensa social pela afirmação de que se tratam de bons cidadãos. Esta conjectura de desejo de conformação à norma social cria um receio pelo prazer sexual inesperado” (Pereira, Leal & Maroco, 2008, pp. 31-32).

A dimensão da universalidade trata-se de uma análise histórica da sexualidade, onde a autora defende que o ser humano, ao longo do tempo e da sua história, sentiu sempre o mesmo tipo de sensações ao estimular os seus órgãos genitais. A instrumentalidade é também considerada pela autora uma dimensão da sexualidade, decorrendo de uma análise do Estado e da

Economia, “na medida em que exploram os benefícios que as pessoas retiram por se relacionarem sexualmente” (Pereira, Leal & Maroco, 2008, pp. 31-32).

Face ao desempenho, outra dimensão proposta neste modelo de análise, onde se investigam as implicações do comportamento sexual numa identidade fragmentada, onde o prazer decorre de um estilo de ser e não de uma técnica específica. A dimensão da objetificação, aponta a relação de poder como fonte de excitação sexual, deixando o equilíbrio de ser tão excitante. A dimensão da representação propõe “que os indivíduos aprendem que existe uma incerteza na fronteira entre o mostrar e o fazer; esta incerteza possibilita a aprendizagem sexual” (Pereira, Leal & Maroco, 2008, p. 32). A sétima e última dimensão deste modelo de análise, é a revelação dos segredos, onde o indivíduo se encontra numa atitude face ao mundo exterior, após um momento de intimidade e expressão da sexualidade.

Voltando a atenção para a finalidade da sexualidade, seria penoso se se dissesse que o fim da sexualidade é apenas o da reprodução, muito pelo contrário, “na espécie humana, o desejo sexual e a receptividade sexual estão presentes ao longo de todos os ciclos hormonais e em todas as fases do ciclo de vida. Por outro lado, sabemos pela própria história da humanidade que as pessoas sempre tentaram controlar a concepção. Deste modo, podemos afirmar que a reprodução não é, seguramente, o único fim da sexualidade” (Pereira, Leal & Maroco, 2008, p. 31).

Das várias funções decorrentes da sexualidade, pode dizer-se que uma das mais importantes assenta no prazer, por um lado um prazer de natureza excitante e orgásmica, mas por outro lado, o prazer de proporcionar prazer ao outro. Nesta lógica, “o aspecto da gratificação que a pessoa busca no encontro sexual não é um mal em si mesmo, mas uma componente inseparável que pertence à própria natureza da pulsão sexual e que se revela extraordinariamente funcional para o equilíbrio do sujeito, independentemente da fase de desenvolvimento sexual em que este se encontre, inclusive nas mais avançadas” (Abraham & Passini, 1980, Pereira et al., 2008, p. 31). Outra função da sexualidade que é necessário destacar, é o aspeto relacional que lhe está subjacente, uma vez que é uma forma do indivíduo expressar carinho, afeto e amor, valorizando o bem-estar e a saúde física e psicológica do indivíduo.

Neste sentido, como é possível constatar através deste processo de revisão da literatura e do quadro conceptual concebido, a sexualidade e o modo como o próprio indivíduo a vivencia pode ter impacto na sua vida, na sua saúde e portanto, na sua qualidade de vida. E uma vez que este trabalho aborda a sexualidade em mulheres com cancro da mama, é necessário ter presente que “as grandes mudanças na aparência e na função do corpo alteram a imagem corporal da paciente, o que pode afetar a sua qualidade de vida. Assim, a imagem corporal vem sendo considerada um constructo importante e, por isso, tem aparecido constantemente nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida” (Gonçalves et al., 2012, p. 44). É ainda de

salientar, que o “diagnóstico pode vir acompanhado de fadiga, menopausa precoce, distúrbios na sexualidade, alterações cognitivas, psicológicas e na imagem corporal que afetam significativamente a Qualidade de Vida (QDV) dessas mulheres” (Paiva et al., 2013, p. 4210). Vivenciar a sexualidade de uma forma positiva, permite ao indivíduo ter e proporcionar prazer ao outro, partilhar emoções, momentos, o corpo, a intimidade, permite-lhe estabelecer uma relação, de que todo o ser humano carece. A procura do prazer, bem como o prazer que o indivíduo procura proporcionar ao outro, é uma necessidade e está inerente à condição humana.



## Capítulo 2 - Qualidade de Vida e Saúde

### 2.1. Qualidade de Vida: um construto em evolução

O presente capítulo debruça-se sobre dois conceitos distintos, qualidade de vida e sexualidade, tecendo-se por isso, uma reflexão em volta de ambos os conceitos, procurando perceber cada um deles individualmente, mas também de modo a compreender a relação entre ambos.

O termo qualidade de vida, surgiu pela primeira vez na literatura médica nos anos 30, “segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da QDV” (Seidl & Zannon, 2004, p. 581). No entanto, não se podem esquecer as palavras proferidas por Campbell (1976), já nos anos 70, que explicou as dificuldades de se apresentar uma definição clara de qualidade de vida, referindo que esta se trata de “uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (Awad & Voruganti, 2000, p. 558). Aliás, as revisões de literatura que se reportam a períodos anteriores a 1995 demonstram que, por um lado, eram feitos esforços na tentativa de definir e avaliar a qualidade de vida na área da saúde e por outro, encontravam-se lacunas e desafios, quer ao nível teórico como metodológico, que se teriam que ultrapassar. Procurando perceber como a qualidade de vida era entendida e definida no âmbito da saúde, através da revisão de literatura baseada em 75 artigos publicados em revistas médicas, Gill et al. (1994) constataram que apenas 15% dos trabalhos apresentavam uma definição e um conceito do que se trata qualidade de vida e 36% desses trabalhos, explicitavam e apontavam as razões para a opção por determinado instrumento de avaliação. Desta forma, os autores chegaram à conclusão que o termo qualidade de vida era ainda pouco claro e consistente, o que acaba por ir de encontro ao pensamento de Campbell (1976).

É também importante relembrar o trabalho desenvolvido por Farquhar (1995), que procedeu igualmente a uma revisão da literatura até aos primeiros anos da década de 90, onde propôs uma taxonomia das definições existentes sobre qualidade de vida, classificando-a em quatro tipos distintos de definição de qualidade de vida: global, com base em componentes, focalizada e combinada. Assim, as definições globais foram as primeiras definições a surgir na revisão da literatura, tendo predominado até meados dos anos 80, sendo definições muito gerais e que não contemplam possíveis dimensões do constructo. Neste tipo de definição, não há operacionalização do conceito e centram-se apenas na avaliação da satisfação / insatisfação com a vida. As definições com base em componentes surgiram na década de 80, constatando-se o fracionamento do conceito global em várias componentes ou dimensões, iniciando-se a operacionalização do conceito, bem como a priorização de estudos empíricos. As definições focalizadas valorizam componentes ou dimensões específicas, na maior parte voltadas para habilidades funcionais, surgindo em trabalhos onde o termo qualidade de vida está relacionado

com a saúde. Diga-se que a definição focalizada, coloca a tónica nos aspetos empíricos e operacionais e foi neste âmbito, que se desenvolveram vários instrumentos de avaliação da qualidade de vida para pessoas com diferentes doenças. Por último, a definição combinada é uma definição que integra características da definição com base em componentes e da definição focalizada, favorecendo aspetos do conceito em termos globais, abrangendo várias dimensões que completam o constructo. Coloca em destaque os aspetos empíricos e operacionais, implicando o desenvolvimento de instrumentos de avaliação global e fatorial.

Desta forma, procurou-se atender aos aspetos históricos do conceito de qualidade de vida e de facto percebe-se que “a noção de que QDV envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenómeno. Uma análise da literatura da última década evidencia a tendência de usar definições focalizadas e combinadas, pois são estas que podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas” (Seidl & Zannon, 2004, p. 582).

Nos tempos contemporâneos, o termo qualidade de vida tem vindo a ser cada vez mais utilizado, tendo que ver com melhores condições de vida do ser humano, desde o seu bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, aos relacionamentos sociais, à saúde, educação e outras condições de vida. Nesta ordem de ideias, pode dizer-se que “a área de conhecimento em qualidade de vida encontra-se numa fase de construção de identidade. Ora identificam-na em relação à saúde, ora à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas o fato é que essa forma de saber afirma que todos esses fatores levam a uma perceção positiva de bem-estar” (Almeida et al., 2012, p. 15). Os mesmos autores realçam ainda, que “a compreensão sobre a qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, económico, médico, entre outros, numa constante inter-relação” (Almeida et al., 2012, p. 15), podendo as definições de qualidade de vida serem mais amplas e gerais contemplando diversos fatores, ou mais restritas, subordinando-se a alguma área em particular.

Neste sentido, facilmente se constata que vários são os fatores que influenciam a qualidade de vida do indivíduo, existindo condições básicas como a alimentação, a saúde, a educação, a liberdade de escolha, entre outros. Contudo, é necessário realçar que a qualidade de vida também tem uma parte subjetiva, própria de cada pessoa, dependendo da visão de ideal que cada indivíduo tem, da sua visão do mundo e de vida, da sua herança familiar e cultural, da fase da vida em que se encontra, dos seus relacionamentos sociais, do ambiente ou contexto em que se encontra inserido, etc. Em relação à subjetividade inerente à qualidade de vida, as autoras Seidl e Zannon (2004, p. 582) explicam que “trata-se de considerar a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida”, havendo por isso, a preocupação com o desenvolvimento de

métodos de avaliação e de instrumentos que tenham em consideração a perspetiva do indivíduo. Aliás, Gonçalves e Vilarta (2004), apontam como esferas características do conceito de qualidade de vida a objetividade das condições materiais e a subjetividade, onde na primeira interessa a posição do indivíduo na vida e as relações sociais que estabelece e na segunda, importa o conhecimento sobre as condições físicas, emocionais e sociais relacionadas com aspetos temporais, culturais e sociais e como são entendidas pelo indivíduo.

De acordo com Ribeiro (2001), um dos autores que mais tem explorado o tema em Portugal, a qualidade de vida é um conceito recente, tanto ao nível da sua utilização genérica, como ao nível da saúde, não só no âmbito das doenças em geral, mas em particular, da doença oncológica. O autor defende que a qualidade de vida, no contexto de saúde e de doenças, surge como um indicador do estado de saúde, onde a saúde é uma componente determinante da qualidade de vida, ainda que a qualidade de vida dependa de outros fatores, que não só a saúde.

Não podemos deixar de fazer referência ao contributo de Ribeiro, que aponta para a diversidade de perspetivas sobre qualidade de vida, podendo estas ser classificadas em quatro sub-grupos: funcional genérica; funcional específica; de bem-estar genérico; bem-estar específico. Esta classificação resulta do cruzamento de um eixo que considera a qualidade de vida específica de uma doença versus a qualidade de vida genérica, com um eixo que entende a qualidade de vida através de uma perspetiva funcional versus uma perspetiva de perceção de bem-estar, destacando-se assim, a complexa relação entre uma perspetiva mais funcional e uma perspetiva mais de bem-estar (Ribeiro, 2001). Deste modo, a perspetiva funcional genérica, compreende uma técnica de avaliação do estado de saúde, sendo a mais utilizada para a avaliação da qualidade de vida, neste sentido, recorde-se a SF-36 (Ware, Snow, Kosinsky & Gandek, 1993, Ribeiro, 2001). Na perspetiva funcional específica, “são as utilizadas na avaliação de doenças específicas, em que o objetivo é a avaliação da funcionalidade tomando em consideração as limitações que são impostas pelas características da doença que está a ser avaliada ou pelas características do seu tratamento” (Ribeiro, 2001). A perspetiva de bem-estar genérico, questiona o sujeito sobre o modo como se sente no momento, podendo ser aplicável ao bem-estar geral, bem como ao nível de satisfação relacionado com aspetos gerais da vida quotidiana. Por fim, a perspetiva de bem-estar específico, compreende escalas específicas de doenças, tendo sido concebidas para determinada doença e que incluem itens de bem-estar unicamente relacionados com a doença em causa.

No seu sentido mais amplo, qualidade de vida compreende as várias dimensões que completam a vida do ser humano, como a vida no trabalho, a vida familiar, a vida social, bem como o equilíbrio emocional, psicológico, mental e físico. Acerca deste termo, vários autores explicam que o conceito de qualidade de vida é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem quotidiana, utilizada por pessoas da população em geral, desde jornalistas a políticos, e no

contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, psicologia e outras áreas do saber (Bowling & Brazler, 1995; Rogerson, 1995). Tais factos, reforçam a ideia de multidimensionalidade subjacente à qualidade de vida, na medida em que se reconhece que este constructo é composto por várias e distintas dimensões (Seidl & Zannon, 2004). Como explica Ribeiro (2001), “a definição de QDV varia consoante o conceito de QDV, e conforme ele se aplica no âmbito da saúde e das doenças, ou no âmbito do bem-estar da população em geral (numa avaliação de objetivos políticos ou económicos)”.

O contacto com literatura diversa, permitiu concluir que existem várias perspetivas e definições de qualidade de vida e de acordo com Minayo et al. (2000, p. 10), qualidade de vida “é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural”. Ou seja, nesta perspetiva qualidade de vida está relacionada com questões subjetivas como bem-estar, satisfação nas relações sociais e ambientais, e a relatividade cultural.

Para Gonçalves e Vilarta (2004), a qualidade de vida tem que ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu dia a dia e portanto, a sua abordagem contempla a saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito. Esta definição destaca as expectativas do sujeito ou da sociedade face ao que é conforto e bem-estar, ou seja, depende das condições históricas, ambientais e socioculturais de determinado grupo.

Referindo-se igualmente à qualidade de vida, Nahas et al. (2001, p.5) descreve-a como sendo a “condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”.

Outra questão que importa salientar, e que ganha ainda mais importância devido ao âmbito e contexto em que o trabalho foi desenvolvido, e uma vez que este capítulo procura relacionar qualidade de vida e sexualidade, é que no conceito de qualidade de vida podem identificar-se duas tendências, um conceito genético e outro relacionado com a saúde. O conceito genético de qualidade de vida, que até agora se dedicou atenção, “apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos” (Campos & Neto, 2008, p. 234), no entanto, quando relacionada com a saúde, qualidade de vida “engloba dimensões específicas do estado de saúde” (Campos & Neto, 2008,



p. 234).

Nesta ordem de ideias, a Organização Mundial de Saúde (1995, p. 1405) define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Suportando-se nas ideias de Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997), Minayo et al. (2000, p. 14) concebe a qualidade de vida relacionada com a saúde como o “valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial”.

Os conceitos e níveis de qualidade de vida têm vindo a ser estabelecidos a partir da análise de instrumentos indicadores de qualidade e portanto, “esses parâmetros procuram quantificar aspetos populacionais da saúde e bem-estar de grupos humanos, e se apresentam sob formas, origens, referenciais e áreas de atuação distintas” (Almeida et al., 2008, p. 23). Realce-se ainda, que as aplicações dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida “são amplas e incluem não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação de efetividade de tratamentos e funcionamento de serviços de saúde. Além disso, podem ser importantes guias para políticas de saúde” (Fleck, 2000, p. 38). Relacionar e entender a qualidade de vida no âmbito da saúde é também crucial e Seidl e Zannon (2004, p. 581), referem que “os indicadores de qualidade de vida têm sido usados para avaliação da eficácia, da eficiência e do impacto de determinados tratamentos na comparação entre procedimentos para o controle de doenças”. Mesmo estando doente, o indivíduo deve ter qualidade de vida, sendo-lhe proporcionados os tratamentos e acompanhamentos adequados.

Muitos e grandes os desafios que se colocam a quem envelhece - poeticamente retratados por Constança Paúl na referência ao “estranho balanço entre perdas e ganhos: é esse o desafio e o risco do envelhecer que se confunde com a vida” (Fonseca, 2005, p.12) - e muito particularmente àqueles que vivem muitos anos: para estes, viver mais, mas viver sem (agravamento da) doença ou sem incapacidade com perda de autonomia funcional, é uma questão central que se coloca. Como sugere Fernández-Ballesteros (2009, p.44) não basta “ganhar anos à vida” - há que dar “vida aos anos”.

É este o atual instrumento de referência da OMS para saúde e incapacidade que, todavia, mantém os iniciais três níveis de consequências das doenças estabelecidos em 1980 como deficiência - perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica; incapacidade - restrição ou perda da capacidade de praticar atividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de uma deficiência; desvantagem - desajustamento entre limitações surgidas, em consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal (Botelho, 1999; WHO, 2001).

Sujeita a revisão ao longo de duas décadas, até à sua versão final aprovada em 2001, sendo então designada como International Classification of Functioning, Disabilities and Health - ICF (Classificação Internacional da Funcionalidade - CIF), a CIF, constitui-se como quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade. De facto introduz uma mudança radical de paradigma, o qual passa de um modelo essencialmente médico para um modelo biopsicossocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana (MESS, 2003), e permite estabelecer relações entre “condições de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais, com alterações orgânicas e/ou funcionais, também designadas deficiências, e as suas consequências no grau de atividade e de participação dos indivíduos” (Botelho, 2005, p.111). Em nosso entender, devem ser incluídas as condições biopsicológicas consequentes a intervenções cirúrgicas que, envolvendo amputações, têm clara repercussão na funcionalidade individual.

A sexualidade, é uma questão que se relaciona com a saúde, trata-se de “uma dimensão da vivência humana que sofre grandes alterações ao longo dos anos. É fonte de comunicação, troca de afeto e de prazer (do inglês *petting*, amimar, dar carinho) e forma de expressão da afetividade; é modo de heterodescoberta e autodescoberta; é relação sexual completa (coito), coito reservatus (retardado, para evitar o orgasmo) e atividade reprodutiva...” (Cruz, 2010, p. 46). Portanto, como se pode constatar sexualidade é uma dimensão e uma necessidade do ser humano e que portanto, também contribui para a sua qualidade de vida.

## 2.2. Qualidade de Vida, Saúde e Funcionalidade

Não sendo mais do que um dos seus subconjuntos, a Saúde é um dos principais fatores, integrantes do conceito e, marcantes para os índices qualitativos de avaliação da Qualidade de Vida. Por esta razão e tal como Ware considerava em 1991, o Conceito de Qualidade de Vida é muito mais vasto e abrangente que o de Saúde (Ware, 1991), não sem que esta seja um dos mais relevantes, indicadores utilizados para a sua caracterização e avaliação (Ribeiro, 1994).

Depois da preocupação de diferenciação conceptual defendida pela O.M.S. desde 1948 e, fundamentalmente, depois das mudanças introduzidas a partir de 1970, saúde e doença passaram a ser perspetivadas e investigadas de forma autónoma e independente (WHO, 1948, 2001).

A OMS, através do grupo de trabalho exclusivamente dedicado à QDV (WHOQOL Group), emanou em 1993 uma definição de Qualidade de Vida “enquanto percepção individual da sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais e de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, *standards* e preocupações”. É um conceito abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais

que valoriza a percepção individual e a sua relação com o meio envolvente (WHO, 1993).

Todavia a preocupação com este problema não é recente, vindo já do início do Século passado as primeiras reflexões a esse propósito e, curiosamente, com a defesa de princípios conceptuais semelhantes aos atuais.

O conceito de Qualidade de Vida, tal como o de promoção de saúde e dos seus cuidados, são expressões que traduzem preocupações emanados desse novo entendimento do problema que, em última análise, visa a mudança de comportamentos tendentes à concretização de tipos e estilos de vida saudável (Castelo, 2001).

E, a propósito de estilo de vida, importa salientar, porque se trata de condição inerente ao conceito de Qualidade de Vida é o da sua promoção. De facto, uma vez definido e aceite quão importante, pelo menos tanto quanto o tempo, é a qualidade como deve poder usufruir-se da vida, a sua promoção passou a ser objetivo individual e social.

Sendo que um dos modelos conceptuais mais utilizados é o proposto, em 1981, por Milio que, citado por Pais Ribeiro (1997), o define como um padrão de escolhas comportamentais, realizadas de entre alternativas que as pessoas têm disponíveis, consoante a sua situação socioeconómica e a capacidade para realizarem umas escolhas em vez de outras, a noção de Estilo de Vida é motivo antigo de reflexão.

De qualquer modo e independentemente da forma ampla ou restrita utilizada para a sua definição, poder-se-á dizer na generalidade que Estilo de Vida será, como a O.M.S. propôs em 1988, um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores que, se de um modo geral e como refere Lalonde (1974), afetam a vida do indivíduo, mas sobre os quais ele tem algum controlo (Pais Ribeiro, 1997).

Esse controlo pode exercer-se a diferentes níveis e modos que, na perspetiva de Pais Ribeiro (1997) implicam os seguintes pressupostos, subjacentes ao conceito:

- a QDV não é ausência de doença;
- a QDV manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade,
- a QDV define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão autopercebida;
- a QDV abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais;
- os aspetos referidos na alínea anterior são aspetos da mesma realização e não de realidades diferentes, ou seja, há uma relação sistémica entre esses aspetos;
- a QDV é um processo dinâmico;
- a QDV só tem sentido concebida em termos ecológicos.

Assim, a promoção da qualidade de vida implica a adoção de um Estilo de Vida adequado à doença e que seja promotor de saúde (Pais Ribeiro, 1997), aspeto que assume particular relevância no domínio das doenças crónicas.

É de conclusão imediata que todas as variáveis, cognitivas, comportamentais ou emocionais, utilizadas na promoção da saúde e prevenção das doenças, também promovem a Qualidade de Vida dos indivíduos com doenças crónicas, podendo mesmo afirmar-se que é possível promover a saúde e a qualidade de vida seja em que estadio de doença crónica ou de saúde o indivíduo se encontrar.

Apesar da relevância de que se reveste, este é um aspeto específico do problema que, por se encontrar desenquadrado do objetivo nuclear do presente estudo dedicado à avaliação da Qualidade de Vida à resposta da estratégia cirúrgica utilizada como terapêutica de uma situação aguda de doença, não nos merecerá maior atenção.

Como antes já largamente referimos, a importância da preocupação pela avaliação da Qualidade de Vida nos estudos clínicos, foram responsáveis pela grande difusão deste conceito na área da saúde.

Nesta perspetiva, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) é um conceito específico que, utilizado pelo sistema de cuidados de saúde, pode ter dois significados e sentidos diferentes - Pais Ribeiro (1994):

- Um sentido geral, importante para o sistema de cuidados de saúde, referido à Qualidade de Vida que está dependente das doenças em geral e que avalia a contribuição dessas doenças e dos seus tratamentos para a qualidade de vida do doente e,
- Um sentido específico, orientado para cada doença e que se refere às limitações ou ao modo como essa doença específica afeta a qualidade de vida.

Por todos estes motivos, a Qualidade de Vida é uma dimensão que, cada vez mais, assume maior interesse e importância nos resultados das intervenções médicas, em geral, e cirúrgicas em particular.

A Qualidade de Vida, tanto numa perspetiva individual como de grupo pode, segundo Font (1994), ser influenciada por:

- Expectativas de resultado teórico, fruto das expectativas que cada doente terá, em relação às crenças, e ao controlo da sua doença.
- Expectativa de autoeficácia, conseqüente à esperança que deposita em relação ao sentir-se capaz de realizar o necessário para se curar ou manter o estado de saúde.

- Expectativas de resultados autorreferenciais, que contemplam a convicção em relação à confiança sobre as possibilidades de cura.

Compreender-se-á que, numa época em que a Medicina Baseada na Evidência começa a tomar uma relevância inusitada, tanto numa base de apreciação administrativa como até mesmo clínica, a investigação sobre Qualidade de Vida passe a assumir posição de particular atenção, destaque e importância.

Além da imediata conclusão de senso comum, está provado que as variáveis psicológicas têm marcada repercussão tanto na promoção da saúde, como na qualidade de vida e na prevenção de doenças Kaplan (1983) e Pais Ribeiro (1993).

Substantivamente inerentes à vida, saúde e doença são conceitos que, na plenitude da condição humana, não têm sido entendidos de modo inquestionável ao longo dos tempos.

Pela sua importância e significado, a caracterização do estado de saúde, de um indivíduo ou população, é uma tarefa delicada e complexa, face às dimensões envolvidas, aos parâmetros em equação e, fundamentalmente, ao modo como se repercute no próprio conceito de saúde. A mais universal definição de saúde vem de meados do século passado, quando a Organização Mundial de Saúde a afirmou como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não apenas a ausência de doença ou fragilidade” (OMS, 1948).

Todavia, diferentes variáveis têm vindo progressivamente a integrar o núcleo conceptual de saúde, como acontece com o facto de ser considerada como direito universal (Saracci, 1997) e “condição dinâmica, em consonância com a idade, cultura e responsabilidade individual” (Bircher, 2005).

Mais abrangente e antiga é a perspetiva dos Aborígenes Australianos para quem saúde, implica uma vasta dimensão “social, emocional, espiritual e cultural de bem-estar do indivíduo em favor de toda a comunidade” (National Health and Medical Research Council, 1996).

De qualquer modo, tanto na dimensão académica como na do senso comum, saúde expressa um conceito muito vasto, que não apenas a objetiva ausência de doença. Na dimensão holística do Homem, a saúde é expressamente marcada por um muito lato conjunto de Áreas do Conhecimento que, desde as óbvias Ciências da Saúde vão até às Ciências Sociais e Humanas, e outras tão diversas quanto as Ciências Económicas e Políticas.

Muito mais que apenas o absoluto oposto de doença, seguindo o pensamento de Albuquerque e Matos (2006), diremos que saúde é um desafio, um estado, uma condição, ou num sentido ainda mais vasto, uma qualidade da vida que, influenciada por múltiplos fatores físicos, biológicos, mentais, sociais, económicos e ambientais (Albuquerque & Matos, 2006), fazem da saúde, pelas

dimensões e abrangência integradora que a caracteriza, um conceito dinâmico de difícil definição.

Parece-nos, pois, poder afirmar que o conceito universal de saúde absorve, além da ausência de doença, a noção de bem-estar, enquanto dinâmica perspectiva biomédica de um conjunto de equilíbrios fenomenológicos, integradores de diversas circunstâncias que incluem valores sociais, culturais e espirituais, fatores de interdependência com a idade e princípios de responsabilidade individual (OMS, 1948; Saracci, 1997; Bircher, 2005).

A perspectiva de expressão integradora de todas estas variáveis é definida por funcionalidade, enquanto conceptualização científica do modo como cada pessoa vive e expressa a saúde (Botelho, 2007; Ramos, 2003).

Enquanto tradutora das capacidades bio-psicológicas individuais, é por esta funcionalidade que cada sujeito manifesta a sua condição de saúde, segundo uma dinâmica adequada à idade e às circunstâncias de cada etapa da vida (Botelho, 2007; Ramos, 2003). Por assim ser, qualquer processo que altere as normais condições biopsicológicas individuais, modificando as suas habituais condições e capacidades, comprometerá a saúde e a funcionalidade do sujeito (Botelho, 2007).

A funcionalidade, assim conceptualizada, é de tal modo marcante para a qualidade de vida que torna desajustada a clássica definição de saúde da OMS (OMS, 1948). De facto, independentemente das, eventuais, condições de bem-estar físico, mental e social, a exigência do princípio de ausência de doença exclui, a todas estas pessoas, a possibilidade conceptual de ter saúde, face às doenças crónicas e alterações da capacidade funcional que são próprias destes grupos etários (Botelho, 1999; Ramos, 2003). Seguimos o raciocínio, Ramos (2003) que afirma a autonomia como questão central na velhice e, na perspectiva holística do indivíduo, núcleo de bem-estar e saúde das pessoas (Ramos, 2003). Este, muito interessante, pensamento é complementado com a afirmação de que “a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças” (Ramos, 2003, p.794).

Partilhamos a ideia de Ramos que objetiva a complexidade do conceito pleno e global de saúde, permitindo-lhe afirmar que a “saúde resulta do equilíbrio entre os múltiplos aspetos envolvidos na capacidade funcional do indivíduo, sem que, necessariamente, signifique a ausência de problemas em todas as dimensões” (Ramos, 2003).

É sob esta racionalidade que este autor considera que uma pessoa, mesmo que com doenças crónicas desde que bem controladas, poderá ser considerada saudável, nomeadamente quando comparado com outro com doenças idênticas que, por não serem, ou estarem, controladas

traduzem-se em perdas evidentes de funcionalidade (Ramos, 2003).

Compreende-se que a clássica definição de saúde, enquanto completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 1948), sob esta ótica e referente a este grupo etário, se revele desajustada (Botelho, 1999).

É voz *populi* que “sem saúde não é possível ter uma vida com qualidade”. Contudo, quando do senso comum passamos para o conhecimento científico, esta linearidade é, como vimos, controvertida pela subjetividade essencial da natureza de ambos os domínios. Exemplos paradigmáticos desta condição são a idade, enquanto causa natural, e as doenças crónicas e incapacitantes (Ramos, 2003)

É nesta lógica racional que julgamos incluir nesta condição, as intervenções cirúrgicas que, pela sua essência terapêutica, imponham marcadas distorções anatómicas, face às repercussões funcionais que, tendo as amputações como exemplo central, podem atingir níveis extremos com perda total e absoluta de autonomia, impositiva de dependência funcional de terceiros (Ramos, 2003; Botelho, 2007) e profundas repercussões na Qualidade de Vida. Esta perspetiva é, em nosso entender, tanto mais consistente quanto ilustra, de forma sólida e sustentada, que saúde e bem-estar são tempos e modos, cooperativos e sinérgicos, do mesmo processo.

Todavia, a propósito de bem-estar, recordamos que é apenas a partir da última década do século XX que, no domínio da Psicologia Positiva - perspetiva com raízes no humanismo e no construtivismo, focada no estudo científico das experiências positivas, nos traços individuais positivos e nos aspetos facilitadores do desenvolvimento (Pais-Ribeiro, 2006), o conceito bem-estar saiu do domínio da filosofia para entrar, também, no da investigação fundamental e da intervenção social e clínica, enquanto objeto de estudo científico (Ryan & Deci, 2001; Novo, 2005).

Para Novo (2005), no campo da Psicologia, há duas perspetivas teóricas dominantes à volta do conceito de bem-estar - o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo, centrado numa perspetiva hedónica, individual e subjetiva, foca a avaliação que, a partir das experiências emocionais (positivas e negativas) baseadas nos valores, necessidades, expectativas e crenças, as pessoas fazem das suas vidas (Novo, 2005). Na perspetiva desta autora, é o bem-estar psicológico que, ponderando o subjetivo, permite que cada pessoa valorize temporalmente cada época da vida, conduz à felicidade, considerada como motivação fundamental da vida humana e que, conjuntamente com a satisfação com a vida, constitui os marcadores específicos de bem-estar, enquanto experiências subjetivas da vida (Novo, 2005).

É no decurso da década de 1980 que a capacidade funcional emerge como um novo paradigma de saúde, com particular pertinência para as pessoas idosas e o modo saudável e feliz de envelhecer.

Definido por Fillenbaum (1984) como envelhecimento saudável, é entendido como um processo dinâmico e evolutivo, assente nas estreitas relações que se estabelecem entre a saúde física e mental, atendendo à autonomia da vida diária, independência económica, adequada integração social e suporte familiar (Fillenbaum, 1984; Ramos, 2003). Domínio de ampla dimensão, para onde confluem que todos os conceitos que temos vindo a referenciar, é o bem-estar que, favorecendo o envelhecimento saudável, afirma a felicidade (Novo, 2005).

Estes são alguns exemplos simples de quão incontornável se começou a apresentar a necessidade de um novo conceito de saúde, mais abrangente e integrador das suas múltiplas dimensões.

Foi esta a base da reflexão da OMS no caminho da publicação, em 1980, da *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* - ICDH -, que culminou, depois de profunda discussão ao longo de duas décadas, na versão final publicada em 2001 sob a designação de *International Classification of Functioning, Disabilities and Health* - ICF (OMS, 2001).

É este o atual instrumento de referência da OMS que, mantendo o conceito inicial de saúde, a valoriza numa dimensão integradora de saúde e incapacidade, com os iniciais três níveis de consequências das doenças estabelecidos, definidas como deficiência, incapacidade e desvantagem, tal como estabelecido em 1980 (Botelho, 1999; OMS, 2001).

Foi assim que, o longo caminho iniciado na referida década de 80, assente em bases sólidas confluíu, no núcleo conceptual da saúde, enquanto modo substantivo e funcional e a pujança de uma nova dinâmica, enriquecendo-a na dimensão a que, como antes referimos, foi designada por funcionalidade (Fillenbaum, 1984; Ramos, 2003).

Com preocupação inicial focalizada, preferencialmente, com a conceptualização de saúde no idoso (Fillenbaum, 1984; Ramos, 2003), a avaliação da funcionalidade tem, para a generalidade dos indivíduos e populações, o objetivo de identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, contribuindo para o despiste de situações e definição de intervenções tendentes à manutenção, e/ou recuperação, das capacidades pessoais (Stuck et al., 1993; Silva, 2010).

Contudo, com a publicação da ICF em 2001, é a OMS que objetiva a mudança radical de paradigma conceptual, não só a propósito da incapacidade, mas fundamentalmente na saúde, na medida em que de um modelo essencialmente médico passa a ser entendido como modelo biopsicossocial integrando a dimensão qualitativa na funcionalidade e na incapacidade humanas (Mess, 2003). Assim, segundo este novo código, na valorização e entendimento da saúde passam a ser contemplados “condições e fatores pessoais, ambientais e alterações orgânicas e/ou funcionais, também designadas deficiências, bem como as suas consequências no grau de



atividade e de participação dos indivíduos” (Botelho, 2005, p.111).

Esta resolução não obteve a simplificação clarificadora pretendida, na medida em que, subalternizando a objetividade da análise médica em favor da valorização da dimensão psicossocial e da perspectiva centrada na avaliação subjetiva do doente, aumentou a complexidade do problema, tal como emerge da profunda reflexão desenvolvida, em 2006, por Miceli a propósito da QdV relacionada com a saúde (Miceli, 2006). Para esta autora, qualidade de vida em saúde é um conceito que visa a ponderação “do impacto da saúde sobre a capacidade e qualidade de vida plena do indivíduo” (Miceli, 2006). Profundamente marcada pela subjetividade individual, interiorizada em função de percepções, crenças, sentimentos e expectativas individuais e ponderada pela, natural, variabilidade de valorização ao longo do tempo, de acordo com as mudanças ocorridas com a pessoa e o ambiente onde está inserida, a qualidade de vida em saúde traduz, com profunda agudeza, o resultado inerente à interligação pessoal das dimensões física, social e psicológica (Miceli, 2006).

Na International Classification of Functioning, Disabilities and Health a OMS considera ainda dois outros domínios, o da independência e o do ambiente (OMS, 2001). O nível de independência, avalia a mobilidade, atividades rotineiras, dependência de medicamentos ou tratamentos e capacidade de trabalho, enquanto o nível do ambiente, traduz a segurança física e proteção ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (Miceli, 2006).

Mais uma vez, pensamos que saúde e bem-estar são tempos e modos sinérgicos do mesmo problema que, só quando procuramos perceber a sua amplitude plena, nos apercebemos da sua efetiva complexidade e dificuldade de conceptualização.

No domínio específico da saúde, a qualidade de vida assume posição muito particular enquanto subconjunto definidor de atributos de interação entre os condicionalismos da existência humana com os da saúde individual (Ferreira, 2008), posição que é assumida com maior amplitude pela OMS ao considerar a saúde como uma dimensão da QdV (OMS, 2001).

A complexa centralidade da questão reforça o cuidado e rigor, axiomático e científico, da análise dos resultados que, como sempre acontece, passa exatamente pela medição da qualidade. Neste âmbito, a análise é comparativa e a medição efetuada entre condições concretas e diferenciadas por grupos de patologias, áreas geográficas, condições, sociais e económicas, de género e idade (Ferreira & Santana, 2003), ou, de respostas terapêuticas, nomeadamente, cirúrgicas.

A qualidade científica destes estudos tem revelado índices tão elevados e interessantes que têm vindo a impor a QdV como parceiro na definição de estratégias terapêuticas. Este facto, ilustrativo da profunda mudança de paradigma que se tem vindo a registar neste domínio, fez com que, desde há menos de uma década, alguns Centros de Referência tenham passado a

incluir na ponderação científica de resultados conducentes à afirmação da qualidade clínica dos seus protocolos cirúrgicos, a subjetiva perspectiva funcional dos doentes com igual nível valorativo à objetividade do rigor científico da análise da prática clínica (Anes & Ferreira, 2009).

Para Miceli (2006), a QDV corresponde ao grau com que o indivíduo valoriza o seu nível de satisfação, em função dos subconjuntos que são a sua vida familiar, amorosa, social e ambiental, além de sua própria estética existencial (Miceli, 2006). Porque “a natureza interativa das relações entre a saúde mental e a saúde física, entre o corpo e a mente, está no centro da compreensão do funcionamento psicológico positivo” (Novo, 2003, p.67), a pegada da mastectomia é profunda e permanente.

Enquanto tema central do nosso estudo, a mastectomia radical impõe deficiências - perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função anatômica, fisiológica ou psicológica - e desvantagens, enquanto desajustamento entre limitações surgidas, em consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal (Botelho, 1999; WHO, 2001).

Pensamos que os domínios da funcionalidade do ser humano são inerentes à experiência vivencial da sua intimidade. Neste sentido, porque a experiência de vida inerente à vivência do cancro da mama privilegia a dimensão holística do conceito de saúde e, conhecendo-se a inter-relação entre os domínios da saúde física e psicoemocional (Daker-White & Donovan, 2002; Elsenbruch et al., 2003), torna-se essencial perceber a relação entre intimidade, QDV e saúde, de modo a reforçar a noção de que a intimidade é parte integrante da experiência humana e do todo que é a sua funcionalidade em saúde.

Parece-nos claro que, enquadrado no contexto destas interações, o conceito lato de QDV tem subjacente a relação entre funcionalidade e bem-estar, premissas que elegemos como suscetíveis de pertinente análise e, através da ponderação de diversos subconjuntos, procurámos estudar ao longo do presente trabalho.

Neste sentido, o presente trabalho assume-me também como uma contribuição para o aprofundamento do estudo destas inter-relações.

## Capítulo 3. A Mama

### 3.1. A Centralidade no feminino

A normalidade dos estados de saúde implica, pela essência da condição humana, ambientes estáveis e equilibradas situações de bem-estar emocional. Na verdade, estas condições favorecem o reforço dos níveis psicológicos necessários à estimulação bioimunológica capazes, através de uma reforçada intervenção biológica, elevarem os patamares de defesa imunológica até estádios eficientes de promoção de competentes índices de resposta a agressões, independentemente do seu grau e natureza.

A mama projeta no imaginário coletivo múltiplas e diversas sensações que vão desde a estética e beleza, desejo, confiança e autoestima, além de motivos clínicos, razões de ordem psicológica fazem com que, na dimensão holística da Mulher, uma das situações que mais profundamente a afeta seja o Cancro da Mama. Dias et al. (2002, p. 304), refere que “o cancro da mama desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, conduzindo á necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher. O prognóstico é geralmente incerto e os tratamentos agressivos, podendo mesmo provocar mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis”. Complexas razões de ordem genética fazem do cancro da mama uma, tão específica quanto obscura, entidade nosológica que, além da introdução de inovadoras soluções terapêuticas associadas à habitual imprevisibilidade da evolução clínica, se define pela gravidade intrínseca da doença e inerente mau prognóstico, que justificam a negativa imprensa que lhe é própria.

Que o mundo psíquico é muito mais complexo que o biológico parece ser verdade inquestionável, sendo que a mama, ou seio feminino, constitui exemplo paradigmático de uma área onde essa diferença será mais profunda e complexa. Nuclear, neste ponto, é a reflexão sobre a transposição da dimensão com que, culturalmente, se processa a passagem de estágio de elementar simplicidade, como é filogénica e biologicamente, a glândula mamária, para o de extrema complexidade bio-psico-afetiva, como é a mama ou o seio feminino. A diferença anatómica reside apenas na roupagem, porque, recorde-se, a mama não é mais que a glândula mamária mantida pelos seus elementos de sustentação, envolvida por tecido adiposo e revestida pela pele. Se fisiologicamente a sua função é, como vimos, a simples e elementar produção de leite que alimentará o bebé recém-nascido, cultural e sociologicamente, porém, desde sempre que a mama encerra algo de muito complexo e delicado, ao projetar no imaginário coletivo as mais diversas sensações como desejo, fantasia, beleza, confiança, amor e, por tudo isto é um dos mais relevantes marcadores de autoestima. A mama da mulher, “é a principal característica sexual secundária da mulher, e constitui-se elemento crucial na sua

identidade sócio-sexual” (Teixeira, 2008, p. 53). De acordo com Teixeira (2008, p. 52), “ao longo da história da humanidade as mamas femininas estão associadas a vários significados e simbolismos. À medida que os séculos foram transcorrendo os seios femininos sempre se destacaram no imaginário coletivo, apresentando alterações no que diz respeito ao volume, formato ou sua função ideal. Entretanto, seu componente erótico e sua função nutricional estiveram, marcadamente, presentes”. Assim, conclui-se que na mulher, a mama ou seio pode traduzir, implicitamente por inerência, paixão, ódio, força, poder, conquista e a possibilidade de vitória feminina, razão porque a mama feminina sempre ocupou um lugar de relevo na história da Humanidade.

É possível tentarmos compreender que a mama pode ter significados e entendimentos diferentes, consoante a perspectiva mais biológica ou psicoemocional, que se lhe queira atribuir.

Deste modo, poderemos considerar que quando se fala de mama atendemos a critérios mais biomédicos, ao passo que quando se fala de seio, enfatizam-se critérios mais psicoemocionais. Esta linha de pensamento está de acordo com o que Silva (2008,p.236) explica que, tendo em conta os significados e as representações que o seio adquire na sociedade face à maternidade, “além da nutrição física que a mãe proporciona ao seu filho, ele representa também as trocas simbólicas e afetivas entre ambos e a nutrição psíquica mãe-filho que alimenta e exercita as várias possibilidades de maternagem da mulher pela vida fora. Sobre isso há toda uma construção teórica e prática em psicologia e em psicanálise que enfatiza o seio como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com seu filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento. Ter o seio mutilado pode significar, para muitas mulheres, a impossibilidade de continuar sendo acolhedora e nutridora de seus entes queridos”.

Poder-se-á dizer que, desde sempre e certamente por motivos diferentes, a mama foi motivo de sedução e fonte de inspiração para o Homem, desde a pré-história até aos nossos tempos, tendo vindo a ocupar um lugar de destaque na antropologia e nas artes em geral.

Também na religião, a história do martírio de Santa Ágata fez dela a padroeira dos mastologistas. Na pintura, não citaremos mais que “A Virgem Amamentando o Menino”, de Giampetrino, “O Nascimento de Vénus”, de Sandro Boticelli e “A Madona de Litta”, de Leonardo da Vinci, em que estes grandes Mestres, do barroco e do renascimento, utilizaram os seios desnudos de mulheres, como tema central destas obras-primas e exemplo de pureza, amor e maternidade.

Noutras dimensões tanto nos domínios da política, como do erotismo, foi ainda a mama feminina que inspirou os artistas. Delacroix, em “A Liberdade Guiando o Povo”, fez dos seios nus o incentivo para a Liberdade, pelo que a figura feminina em destaque, representa a liberdade onde “há vestígios dos modelos gregos, mas também há traços que revelam sua

condição de mulher do povo, como os seios sujos de pólvora” (Litz, 2009). Também Picasso, em “O Sonho”, utiliza toda a sua mestria numa obra que, através de explicações psicanalíticas, críticos e historiadores de Arte veem carregada de erotismo, “Muitos artistas diziam que Picasso não tratava a mulher como sujeito, mas como objeto, porém a sua ligação com elas sempre esteve presente em toda a sua obra. A forma como Picasso retrata a mulher liga-se ao momento afetivo da sua vida e a forma como percebe as mulheres” (Emídio et al., s/d). Aliás, os autores explicam que “obras como: O sonho, Mulher nu no fundo vermelho, Mulher em frente ao espelho, Nu em fundo preto entre outras obras, são impregnados de uma sensualidade vigorosa e ingênua. Esses quadros ostentam de maneira provocadora as zonas erógenas do corpo das mulheres, às vezes subentendidas, os seios são destacados, redondos e protuberantes” (Emídio et al., s/d).

Na literatura, tanto em prosa como em poesia, são inúmeros os exemplos de como a mama persiste como centro das atenções e cuidados dos artistas, muitas vezes transposta depois para o cinema e para o teatro. Não citaremos mais que alguns exemplos, como: no teatro, a peça “O Tartufo” de Molière e Roth, e no cinema, recordamos Woody Allen (Allen, 1972) e a sua obsessão pelas mamas no filme “Tudo o Que Você Queria Saber Sobre Sexo e Nunca Teve Coragem de Perguntar”.

Repercutindo-se deste modo nas diversas formas de Arte, também a ciência e a clínica procuram entender o modo e o como o gênero e a sociedade vivem o problema da mama. Uma das situações que mais frequente e objetivamente ilustra a ambivalência vivencial da mulher em relação à mama é relativamente comum e ocorre no pós-parto, durante a amamentação. São situações em que importa perceber o porquê e o como algumas mães lactentes elegem a mama como sede de clara ambivalência, induzindo através de, por mais ou menos complexos mecanismos psicoafetivos, uma divisão psicológica do corpo traduzida, anatomo-fisiologicamente, por um claro processo de verticalização. Com esta verticalização marcadamente expressa nas mamas, estas mulheres-mães separam, muito claramente, o seio materno, a mama que se apresenta volumosa e funciona como fonte de alimento para o filho, do seio erótico que, quase inalterado na forma e no volume, serve de fonte de prazer sexual para o marido. Com a verticalização estas mulheres conseguem responder, simultaneamente, aos chamados da ternura, através do seio do bebê, e da sensualidade, pelo seio do marido. Temos para nós que no domínio do EU a mulher procura e consegue, deste modo, responder a duas das suas essências, esperando-se que mantenha, no seu exercício e desempenho, a equidistância nuclear à centralidade das suas missões.

Como referimos, a perspetiva da sexualização do Ser Humano desde o nascimento, foi o grande motivo de controvérsia e ataque a Freud e à Psicanálise. Contudo, a verticalização feita pela mulher-mãe é acompanhada por um idêntico processo por parte do filho-bebê que, de igual modo, faz a verticalização diferenciando o seio bom do seio mau. Melanie Klein, depois de

Freud e uma das suas mais diletas discípulos, eventualmente com maior e profundo detalhe, afirmou que o seio materno é o primeiro objeto de relação da criança com o mundo exterior. Todavia, esse seio, tanto será bom quando lhe dá alimento, como mau quando não lhe sacia a fome no momento em que a sente (Klein, 1930).

Como é impossível satisfazer, em simultâneo, todas as vontades sempre que os recém-nascidos as desejem, a criança vai desenvolvendo, logo desde o início da vida e através deste processo do seio bom e do seio mau, registos do positivo e do negativo. Porque a criança ama o seio bom e odeia o seio mau, é através deste mecanismo processual que vai começando a formar e a perceber a origem simbólica do bom e do mau, do positivo e do negativo, que se apresentam como fulcrais na formação psicoafetiva dos símbolos, dos sentimentos básicos de amor e ódio, bem como estruturando as bases do seu desenvolvimento intelectual (Klein, 1930).

Ao longo do seu caminho de maturação, o bebé vai perceber que ambos os registos são aspetos do mesmo fenómeno e integram o mesmo todo, a mesma pessoa. Vai então começar a perceber o medo. Medo de perder o bom. É este medo de perder o seio bom que condiciona os iniciais ataques de voracidade, em que Melanie Klein vê a base da relação conflituosa e os núcleos fundadores da ansiedade persecutória e da posição esquizoparanóide, ilustrando como ansiedade e depressão que, além de outros, e por inerentes à condição humana desde os primórdios de vida (Klein, 1930), fundamentam a sensibilidade individual aos ambientes e justificam a facilidade com que afetam os indivíduos e as sociedades de hoje.

Conhecemos agora a outra face da verdade desta doutrina, que é a da riqueza biológica do leite materno para o reforço das condições imunológicas da criança em que, através de inúmeros anticorpos, vão proteger o bebé de múltiplas e diversas situações de doença. Esta constatação é reforçada por Newman (1995), que explica que “o leite materno, de diversos modos, ajuda ativamente os recém-nascidos a evitar doenças. Tal ajuda é particularmente benéfica durante os primeiros meses de vida, quando um bebé frequentemente não consegue produzir uma resposta imune efetiva contra organismos estranhos. (...) [Realçando que] crianças amamentadas ganham proteção extra de anticorpos, outras proteínas e células imunológicas do leite humano”.

Estes são alguns dos sólidos fundamentos que nos levam a afirmar a mama como a centralidade do feminino, na justa medida em que permitindo à mulher afirmar a sua condição de mãe, a mama vai permitir ao filho começar a desenvolver referências, princípios e valores que fundamentarão a sua sustentada condição bio-psico-afetiva. A não adequada abordagem psicoafetiva da gravidez, do parto e do nascimento de um filho, pela conflitualidade com que a mulher viverá sentimentos entre estética e maternidade e moral e prazer, pode constituir um delicado problema de saúde mental para uma mãe não solidamente estruturada e profundamente enredada nos problemas atuais das sociedades modernas. O grande sofrimento

psicológico que a ambivalência dessas situações representa, traduz-se nas elevadas taxas de incidência de depressões pós-parto com que nos confrontamos nos nossos dias. Por ser um problema de Saúde Pública, importa que a sociedade tenha acesso a devida informação e adequados mecanismos de controlo.

Outra questão que também é fundamental, mas já numa perspetiva de atitude e resposta comportamental, é a problemática face à resposta à mastectomia.

A revisão da literatura a propósito do impacto da mastectomia na vida da mulher (Almeida, 2006), tal como o nosso trabalho de investigação que julgamos, de algum modo, poder trazer algo de novo para o reforço dessa resposta, evidencia, de forma clara e profunda, o modo como as repercussões psicológicas vão interferir no relacionamento familiar, no funcionamento social, na imagem corporal e na sexualidade.

Mais que a limitação estética e funcional, a mastectomia condiciona uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo-se como um acontecimento profundamente traumático com impacto profundo na qualidade de vida, nos seus parâmetros e nas suas condicionantes.

Adoecer exige recursos para lidar com uma situação adversa, não só no confronto com o diagnóstico, mas também durante o processo de doença e de tratamento.

Em qualquer das circunstâncias, há um comprometimento da integridade individual com declarada ameaça à imagem corporal idealizada e à própria existência do indivíduo. Deste modo, qualquer diagnóstico de doença crónica, ou outro que imponha hospitalização, gera um impacto tanto mais negativo consoante a carga pejorativa atribuída ao diagnóstico, nomeadamente acerca da possibilidade de poder vir a ocorrer uma mutilação. Neste contexto, as consequências serão tanto maiores, quanto maior a perceção da ameaça e barreiras penalizadoras pela vivência continuada e permanente dessa mesma mutilação.

O cancro da mama é um exemplo paradigmático do pior neste domínio de doença e representação corporal. É uma doença estigmatizante, com reconhecido muito mau prognóstico relativamente à mortalidade, além de o seu tratamento veicular todas as possibilidades de impor a amputação da mama que, além de órgão nuclear de identidade feminina, deixa permanente e bem visível o resultado da mutilação e, assim, a deformação da idealizada imagem corporal.

Regressando ao início desta reflexão, diremos que é nosso entendimento que a mama representa a centralidade do feminino porque, como procurámos evidenciar, é nela que confluem as forças motrizes da mulher na plena dimensão da sua condição humana. Símbolo estético de beleza e de elegância, a mama ou o seio, são focos nucleares de feminilidade e beleza. Pela amamentação, orgânica e representativa, a mama é, para a mãe que alimenta o

filho recém-nascido, a objetivação da maternidade. Mas, pela essência anatómica e topográfica, a mama é, ainda, referência primordial e imediata de gênero e fonte apelativa de atenções sexuais. A sua importância, nestes domínios da sexualidade e do prazer, é tal que há mulheres que atingem o orgasmo apenas com a simples manipulação mamilar. Pela centralidade da mama e pelo vulcão de sentimentos que engloba, a patologia mamária é sempre, motivo de forte preocupação. Entre todas, o cancro poderá ser uma das situações que, pelos diversos problemas que nele convergem, mais angustia sofrimento pode causar.

Assim, fica clara a importância que a mama tem no domínio da construção da identidade da mulher, quer devido ao impacto que possa ter na sua feminilidade, na sua intimidade e, em termos gerais, na apreciação de si mesma enquanto ser global.

## **3.2. Perspetivas Clínicas**

Num estudo como o que nos propomos realizar, é indispensável abordar, se bem que de modo sintético, as perspetivas clínicas e biológicas do Cancro da Mama. Sem excessivos detalhes de índole técnica e científica, abordaremos, de forma muito sucinta, a anatomia e a fisiologia da glândula mamária, o significado epidemiológico do cancro, a doença das Sociedades Modernas, a sua objetivação clínica, semiologia e elementos complementares de diagnóstico, bem como os diferentes tipos biológicos e estádios evolutivos, estratégias terapêuticas e fatores de prognóstico do cancro da mama.

Matéria particularmente complexa e sob contínua evolução científica em vários domínios do conhecimento compreender-se-á que, em aspetos de profundo envolvimento científico como são a caracterização genética, a definição histológica e o motivo de profunda reflexão clínica e estratégias terapêuticas, não ultrapassemos o limiar do essencial. Entendemos, todavia, que se trata de uma tarefa de elementar cuidado, face à necessidade de contextualizar o cancro da mama enquanto problema clínico com profundas repercussões psicoafetivas individuais, familiares e sociais, de que algumas das suas vertentes, são a razão central do nosso estudo.

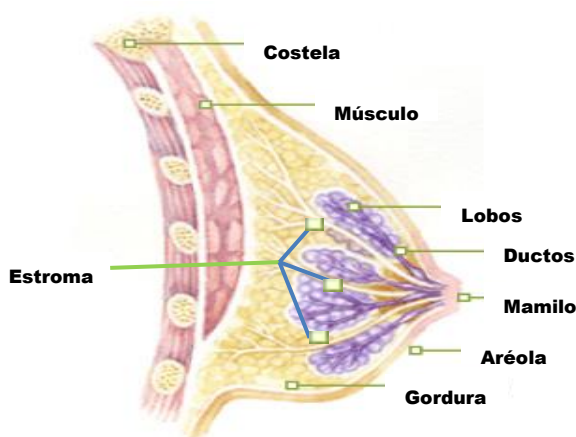
### **3.2.1. Anatomia**

Filogenicamente a mama é um órgão primordial que, nas fêmeas da Classe dos Mamíferos, tem como missão fisiológica a produção de leite, fonte de alimentação das crias durante os primeiros meses de vida. Estruturalmente e enquanto glândula de secreção externa, a glândula



mamária é um órgão complexo, fruto da concertação harmoniosa de um enorme conjunto de pequenas glândulas, efetivas unidades funcionais responsáveis pela secreção do leite. Dispostas em, alvéolos justapõem-se ordenadamente em 15 a 20 setores, também designados de lóbulos. Esta multifacetada estrutura glandular é mantida, na sua organização anatómica por um estroma fibroso que, no seu todo, é envolvida por tecido adiposo e revestida pela pele, fatores que justificam a irregularidade estrutural da mama, particularmente perceptível à palpação.

Como já referido, sabendo que a mama é muito mais que apenas a glândula mamária, é a forma substantiva de mama que utilizaremos no presente estudo, independentemente do tipo e âmbito do órgão a que nos estivermos a referir. De igual modo, tal como referido anteriormente, e porque é a mulher que constitui a preocupação nuclear do nosso estudo, será a mama que estará no centro de todas as nossas descrições, sabendo que na espécie humana as mamas são morfologicamente muito diferentes consoante o género. Em forma de campânula, as mamas estão situadas bilateralmente na metade superior da face anterior do tronco, lateralmente em relação ao esterno, assentando nos músculos peitorais, que por sua vez, recobrem as costelas (ver esquema abaixo).



Anatomia da Mama Esboço em Corte Sagital

A região central da mama é ocupada pela aréola, uma zona arredondada e hiperpigmentada, no centro da qual se encontra o mamilo, habitualmente, em forma de botão procidente. É no mamilo que se vêem abrir as miríades de canais galactóforos, canais capilares condutores do leite segregado nos alvéolos glandulares constituintes dos lóbulos. A sucção do mamilo, permite ao bebé recolher o leite produzido pela mama no seu todo.

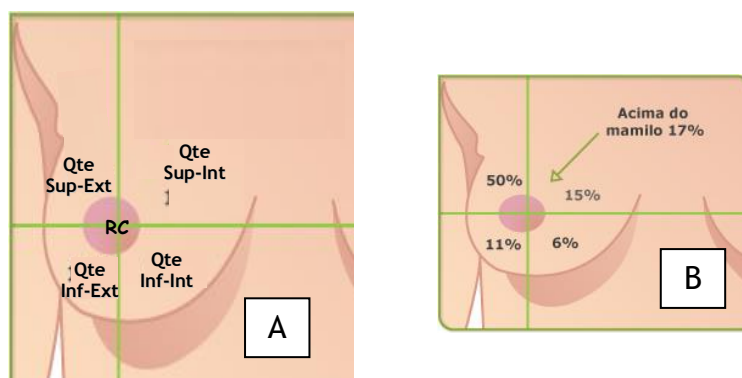
Nota particularmente relevante é a de que, com alguma frequência, em anatomia normal o mamilo ser invertido. É um dado de conhecimento importante, na medida em que, quando recente, a retração mamilar, além, de indicador semiológico de estágio avançado de doença é, por esse motivo, fator de prognóstico do cancro da mama. Além das glândulas e dos tecidos,

fibroso e adiposo, envolventes na estrutura da mama há ainda a considerar os vasos sanguíneos, artérias e veias, os nervos e os canais linfáticos, que drenam para os gânglios regionais.

A principal função dos gânglios linfáticos é a de, constituindo-se como filtros celulares, bloquear e favorecer a destruição de células estranhas ao organismo que circulem no sistema linfático, de que são exemplo as bactérias e as células neoplásicas.

Na perspetiva da doença neoplásica, o sistema linfático assume uma importância particularmente relevante porque, não sendo única, é a via de drenagem primordial da generalidade dos carcinomas e, por isso, a via nuclear de disseminação das células cancerígenas e de generalização sistémica da doença neoplásica. Como os canais linfáticos confluem para os gânglios regionais, na mama, os primeiros a ser envolvidos são os para-mamários e, depois e fundamentalmente, os da axila homolateral, razão porque é aqui que, clinicamente, são procuradas as metástases ganglionares regionais. Secundariamente, os canais linfáticos da mama drenam para os gânglios supraclaviculares e da cadeia da mamária interna e, até, para a axila contralateral, locais que devem ser cuidadosamente estudados porque, também aqui, se podem vir a encontrar metástases. Morfologicamente, além das variações individuais quanto à forma, consistência e volume, a mama sofre ao longo da vida da mulher variações morfológicas, basicamente dependentes da idade e das alterações hormonais que biologicamente se vão verificando ao longo das diversas fases da sua vida, como são, o ciclo menstrual, a gravidez e a menopausa.

A mama divide-se clinicamente em cinco regiões topográficas: a região central e 4 quadrantes - supero-interno, supero-externo, infero-externo e infero-interno (ver esquema abaixo), sendo essencial que a descrição das alterações clínicas encontradas referenciem a região afetada.



Representação da Divisão Semiológica da Mama  
A : Divisão Semiológica da Mama  
Qte Sup-Int = Quadrante Supero-Interno  
Qte Sup-Ext = Quadrante Supero-Externo  
Qte Inf-Int = Quadrante Infero-Interno  
Qte Inf-Ext = Quadrante Infero Externo  
RC = Região Central  
B : Incidência de Cancro da Mama por Quadrantes

### 3.2.2. Fisiologia

Como já se salientou, a missão fisiológica da mama é a produção de leite que, na espécie dos mamíferos, constitui a alimentação natural das crias durante os primeiros meses de vida. Numa análise elementarmente superficial e exclusivamente organicista, dir-se-á que também assim acontece na mulher. Se correta sob o ponto de vista biológico, esta perspetiva, reduzindo a Mulher à sua primária biológica dimensão animal, está elementarmente errada por ignorar o que, na civilização judaico-cristã, a mama representa para a mulher.

Abarcando uma dimensão cultural muito vasta, que vai do domínio da biologia até ao seu todo psicológico, a mama é um dos mais fortes elementos da componente afetiva, em que a autoimagem, na sua relação consigo e com os outros, e a sexualidade são aspetos de fulcral importância para o seu equilíbrio e bem-estar sociopsico-afetivo, distorcendo a essência conceptual da feminilidade e afetando a vida conjugal e social da Mulher.

Silenciosa até ao início da puberdade, a mama da mulher desperta então para um período muito agitado, de variações físicas em resposta a fisiológicos estímulos hormonais que se estendem até à menopausa.

No início da puberdade e antes mesmo da menarca, o desenvolvimento das glândulas mamárias começa por ser estimulado pela ação concertada dos estrogénios, associados às hormonas tiróideas, aos corticoides e à insulina. Os estrogénios reforçam a sua ação direta no desenvolvimento das glândulas através da deposição local de gordura, contribuindo para dar massa e volume à mama. Depois, por ação da progesterona, tem início a proliferação dos alvéolos glandulares e dos canais galactóforos, completando-se, assim, a normalização da mama adulta. Após a menarca e durante os ciclos menstruais, por ação dessas mesmas hormonas femininas, há um aumento da densidade da mama, por acumulação de líquidos que, por vezes é tão importante que se torna incómodo pela tensão e dor. Não raras vezes durante este período assiste-se ao aparecimento de nódulos que, diminuem ou desaparecem, na semana seguinte.

Durante a gravidez a mama vai-se preparando para a sua função primordial. Por ação dos estrógenios e da progesterona, há uma resposta hiperplásica dos lóbulos e dos galactóforos que aumentam o volume da mama, tornando-a mais tensa, preparando-se para a lactação. Também os níveis séricos da prolactina, hormona hipofisária, vão aumentando continuamente durante a gravidez. Todavia, esse aumento é lento e controlado através de mecanismos de retro-controlo hormonal da hipófise, os níveis circulantes dos estrogénios e da progesterona inibem uma exagerada, ou descontrolada, produção de prolactina durante a gravidez. No final do trabalho de parto assiste-se, com a queda abrupta dos estrogénios e da progesterona, a uma explosão secretora da prolactina e, assim, ao início da estimulação da produção do leite.

Neste âmbito da fisiologia, fator não menos relevante é a sucção do mamilo pelo recém-nascido. Através do hipotálamo, a sucção mamilar desempenha um papel particularmente importante da estimulação da produção da prolactina, ao mesmo tempo que, através da estimulação da hipófise anterior, aumenta os níveis séricos da ocitocina. Esta hormona, entrando em circulação vai estimular a contração dos músculos lisos que, na mama, fazem contrair os alvéolos favorecendo o fluxo do leite através dos canais galactóforos para chegar ao mamilo onde é oferecido ao bebé. Nas primeiras horas é produzido colostro, líquido aquoso, muito rico em anticorpos maternos que vão enriquecer o sistema imunitário do recém-nascido. Vinte e quatro horas após o parto, fruto deste complexo mecanismo hormonal, inicia-se a produção de leite que se manterá enquanto a mãe se dispor a amamentar o filho.

Entre as inequívocas vantagens da amamentação, diremos que além de comodidade de acesso e do baixo custo, o leite materno possui todos os nutrientes necessários para a normal nutrição do bebé, bem como, anticorpos e outros fatores que contribuem para o reforço normal do sistema imunológico do recém-nascido.

Para a mãe, a estimulação hormonal que favorece a lactação estimula também o retorno à normalidade do volume do útero e protege-a do risco acrescido do cancro da mama. Na mulher, sem datas limites para o adequado crescimento físico e desenvolvimento psicoafetivo das crianças, a amamentação mantém-se, em média, até aos 4 meses como norma alimentar exclusiva para, depois de complementada com condições nutricionais de vária ordem, terminar por volta 1º ano de vida.

Finalmente, na menopausa, face ao início do processo involutivo do ciclo hormonal, a mama responde com a redução de volume. Ao mesmo tempo e pela mesma causa, o estroma fibroso de suporte começa a tornar-se menos denso, perde a sua habitual capacidade contensiva, fazendo com que as mamas fiquem menos firmes e pendentes. De igual modo, tendo em conta que o componente de tecido adiposo da mama é relevante, as variações significativas de peso da mulher acompanham-se de alterações, mais ou menos significativas, do seu volume e forma. Importa que estes aspetos da variação comportamental da fisiologia da mama, que se estendem desde o início da puberdade até à menopausa, sejam bem conhecidas pela mulher para que, melhor e mais precocemente, possa valorizar alguma alteração anormal de que esteja a ser alvo. A este propósito e associada à muito positiva evolução dos índices de literacia da sociedade portuguesa, importa registar a importante intervenção que, neste âmbito específico, tem vindo a ser desenvolvida pelos Programas de Educação para a Saúde na Rede de Cuidados Primários do Serviço Nacional de Saúde, bem como os de Rastreio incentivados pela Liga Portuguesa Contra o Cancro.

## Capítulo 4. Cancro da mama

Sendo de conhecimento universal que a realidade do cancro da mama tem muitas especificidades nacionais apoiar-nos-emos, para este efeito, nas Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama, elaboradas no âmbito do Alto Comissariado para a Saúde de Portugal em 2007.

As vantagens de assim proceder advêm da capacidade para articular, de modo eficiente, saberes e práticas clínicas, assumindo papel determinante na qualidade dos cuidados (Graham et al., 2006) porque, quando adequadamente definidas e aplicadas, as guidelines constituem um instrumento essencial para a racionalidade da translação entre a evidência e as normas de boas práticas clínicas (Bero et al., 1998).

### 4.1. Conceito

Numa base de elementar conhecimento referente ao cancro da mama, tema central da nossa atenção, quando referimos cancro é de carcinoma que falamos, ou seja, de um tumor maligno desenvolvido a partir das células epiteliais de revestimento dos ductos e dos ácinos da glândula mamária. O ciclo próprio do processo fisiológico de cada tecido permite, através de mecanismos autorregulados, que as células mantenham ritmos de replicação - mitose-, vida e morte- apoptose, de modo a manter a renovação tecidular segundo tempos próprios de cada tecido, órgão e sistema.

Quando, em resultado de mutações e de outras anomalias nos genes reguladores da normal divisão e saúde celular, se processa um ritmo exagerado de proliferação celular e inibição da apoptose, inicia-se traduzido por a essência do processo oncogénico. Sempre que, apesar de acelerada, é respeitada a normalidade biológica da divisão celular, os tumores, porque não agressivos para a saúde do portador, dizem-se benignos. São as mutações genéticas que, inibindo as competências fisiológicas dos genes envolvidos, distorcem profundamente o processamento normal do fenómeno biológico, induzindo a referida anarquia biológica da divisão celular. Porque estas células são metabolicamente muito mais exigentes que as normais, captam todos os nutrientes indispensáveis à vida celular, impedem a citocinese normal e provocam a morte das células normais ao ambiente biológico em que ocorre a carcinogénese.

Contudo, apesar do cancro ser sempre consequência de erros genéticos, só em cerca de 5% a 10% dos casos essas alterações são fruto de marcas genéticas recebidas, por herança, de um dos progenitores, caracterizando as formas hereditárias de doença, de que a mama é um dos mais emblemáticos exemplos. Contudo, mais de 90% dos casos são formas esporádicas, em que o cancro da mama é induzido por agressões ambientais, fruto do normal do desgaste próprio do tempo de vida celular (Berg & Hutter, 1955).

Segundo a história natural da doença, a capacidade invasora das células neoplásicas permitem-lhe invadir os tecidos vizinhos, razão porque estes tumores são denominados por malignos. Inerente a esta invasão local, particularmente o sistema linfático, as células entram nessa corrente para, no caso concreto da mama, irem ser retidas e nidificarem na primeira barreira fisiológica que são os gânglios da axila homolateral, onde formam tumores secundários, ou metástases. Menos frequentemente, as células invadem em primeiro lugar as veias justatumorais, colonizando e formando metástases noutros órgãos, como são o pulmão, o fígado, os ossos longos e o cérebro, traduzindo fases avançadas de doença, de prognóstico agravado e elevado risco de mortalidade (Berg & Hutter, 1955).

O nível evolutivo, local, regional e sistémico do tumor é denominado por estadio, sendo o estadiamento da doença um tempo clínico da maior importância porque é da sua definição, tão precisa quanto possível, que depende a estratégia terapêutica, assim como o prognóstico individual de cada caso.

A este propósito, são três as especificidades caracterizam o Cancro da Mama. A primeira é se, tal como referido, o cancro da mama não é uma doença exclusiva da mulher, a sua incidência no homem é, na generalidade das séries, apenas da ordem do 1% dos casos (Berg & Hutter, 1955). Esta é a razão por que, sempre que no presente trabalho nos referimos ao cancro da mama, é a doença da mulher que está na base das nossas preocupações.

A segunda nota é referente à natureza biológica do tumor. Mais raramente o tumor maligno pode originar-se nos tecidos conjuntivos, gordura e tecido fibroso, que integram a estrutura anatómica da mama e, por isso, se denominam como sarcomas.

Sendo possível o desenvolvimento da doença a partir das células conjuntivas dos tecidos envolventes da glândula mamária, o facto é que a frequência destes sarcomas é da ordem dos 1.4%, com a lesão muito particular da Doença de Paget a não ultrapassar os 1.1%. Todos os restantes casos retratam diferentes tipos de tumores malignos desenvolvidos a partir das células epiteliais e, como referimos acima, carcinomas (Berg & Hutter, 1955). Porque assim é, sempre que nos referimos ao cancro da mama é o carcinoma que está no centro da nossa atenção.

A terceira nota, e não menos relevante, é a de que o cancro da mama é uma doença sistémica

à partida. Por razões de ordem genética e pela sua interdependência hormonal, o cancro da mama só tem esta denominação porque é na mama que emerge a ponta do seu *iceberg*. Só assim se justifica a imprevisibilidade das recidivas da doença que podem ocorrer no imediato, após a fase de tratamento, ou até vinte, ou mais, anos depois. Não alheia a esta situação é a muito marcada influência que a mama sofre, em termos fisiopatológicos, da estimulação hormonal, nuclear para a normalidade do ciclo de vida celular que justifica a tão clara variação da incidência, quando ajustada à idade.

São estas circunstâncias biológicas que, fundamentam a negativa imprevisibilidade evolutiva da doença e favorecem a indução de comuns e profundas alterações psicoafetivas, vividas pelos doentes se repercutem nos ambientes familiares e sociais, potenciam a ansiedade e permanente confrontação com a morte que, segundo o *National Cancer Policy Board dos EUA*, justificam a péssima imprensa com que, caracteristicamente, está associada ao cancro da mama (N.C.P.B., 2004).

## 4.2. Epidemiologia

O cancro da mama é uma das doenças com maior impacto nas Sociedades Modernas, sendo uma das principais causas de morte no mundo. Isto mesmo é comprovado pelos números da OMS quando evidenciam o aumento mundial de 38% de novos casos por ano quando, de 1.000.000 registados em 2002 (Ferlay et al., 2004), passou para os 1.384.155 referenciados em 2008 (Jemal et al., 2011). Esta mesma tendência foi observada com os 425.147 novos casos na Europa e os 5.333 em Portugal (Ferlay et al., 2004).

No sentido inverso seguem os índices de mortalidade que, dos registados 533.026 casos de 2002 (Ferlay et al., 2004), passou para 458.403 em 2008, objetivando uma queda de 14% na mortalidade pelo cancro da mama no mundo (Jemal et al., 2011), situação que, segundo as mesmas fontes, é semelhante ao ocorrido com as 128.737 mortes registadas na Europa.

Todavia, a realidade portuguesa ainda não consegue evidenciar igual evolução, na medida em que Portugal se acompanhou a evolução mundial quanto à incidência, continuando a verificar-se um sustentado aumento da mortalidade, na ordem dos 0.4% ao ano até ao final da passada década de 1990 (Bastos et al., 2007). De facto, a par do já referido acréscimo de novos casos que, dos 4.500 de 2002 passaram para os 5.333 casos registados em 2008 (Ferlay et al., 2004), a OMS e a Direção Geral de Saúde reconhecem que, em Portugal e nos mesmos anos, a mortalidade devido ao cancro da mama passou de 1.500 óbitos em 2002, para 1537 doentes falecidos em 2008 (Ferlay et al., 2004; Lacerda, 2012; Pinheiro et al., 2002), traduzindo um aumento de 2.47%, claramente superior aos 0.4% anteriormente referidos. Apesar da enorme

delicadeza e importância do problema que estes números objetivam, qualquer outra reflexão, mais que esta singela referência, estará claramente desajustada do âmbito deste trabalho.

Com base na literatura anteriormente referenciada sobre esta matéria e procurando objetivar a incidência epidemiológica do cancro da mama em Portugal, diremos que:

- É a forma de cancro mais frequente nas mulheres;
- É efetuado, diariamente, o diagnóstico de 4 novos casos de doença;
- Esta entidade nosológica é responsável por 17% dos casos de morte por cancro;
- Uma em cada 10 portuguesas será afetada pela doença;
- Ajustada à idade, a incidência da doença é de 1/3000 mulheres até aos 30 anos e de 1/250 até aos 40 anos. A partir dos 50 anos o impacto sobe exponencialmente de 1/50, para 1/10 aos 80 anos, ilustrando a muito marcada relação da doença com a idade;
- Cerca de 75% dos casos são diagnosticados em mulheres com mais 50 anos;
- A mortalidade é maior em mulheres com menos de 35 e mais de 70 anos;
- Este aumento de incidência tardia é fruto do alargamento da esperança média de vida das mulheres portuguesas.

Em todo este contexto, a boa notícia é que, quando atempadamente diagnosticados, em fases precoces de evolução da doença, e adequadamente tratados em centros de referência, cerca de 90% destes casos de cancro da mama são, potencialmente, curáveis. Todavia, este *desideratum* só poderá ser atingido, quer sob perspetivas clínicas individuais quer, sobretudo, com repercussão impactante em saúde pública, através de corretos e adequados programas de rastreio populacional, que são necessários incentivar e robustecer através de sustentados corredores terapêuticos de âmbito nacional, a fim de diagnosticar e tratar lesões em fases sub-clínicas e, muito precoces, de doença (Bish et al., 2005).

Pensamos adequada uma nota que, não menorizando o problema, tem vindo a ser salientado por diferentes autores. A par do inequívoco aumento de incidência do cancro nas sociedades modernas, há todo um conjunto de variáveis diversas que poderão estar a introduzir alguns vícios de evidência nos números (Terzi, 2009) ponto em que o Estado Brasileiro da Goiânia poderá ser exemplo emblemático e bem ilustrativo.

Em profundo trabalho de campo, Martins et al. (2009), constaram o aumento de 249% de casos de cancro da mama na primeira década deste século. Interrogando-se sobre os “porquês” de tal aumento concluem, com consensual concordância, que além de um efetivo aumento de incidência da doença, outros fatores confluirão para o reforço deste número. A maior facilidade de acesso aos cuidados de saúde muito favorecida pela confluência populacional em centros urbanos e, além do eventual impacto dos programas de rastreio, o rigor dos, até então



inexistentes, registos oncológicos são fatores nucleares na génese de tão explosiva referência (Martins et al., 2009).

O Programa *Surveillance, Epidemiology and End Results* (SEER) do NIH dos EUA revelou que na década de 1990 a 2000, a incidência do cancro da mama aumentou 3% ao ano. Contudo, esta observação do aumento da doença, mais que propriamente a um aumento de incidência, foi atribuída a um melhor, mais frequente e precoce diagnóstico na sequência dos programas de divulgação e rastreio (Jemal et al., 2008). Esta nota justifica-se apenas como chamada de atenção para o cuidado e rigor científico que todas as análises devem impor e a valorização crítica que resultados oriundos de países emergentes aconselham.

### 4.3. Fatores de risco

Como sempre acontece neste domínio do saber, os importantes elementos de ordem epidemiológica que acabámos de referir, não expressam mais que meros indicadores gerais. A procura de olhares mais concretos do problema impõe análises sobre regiões concretas, locais e populações específicas.

Na perspetiva individual há, como sempre acontece, razões ambientais e fatores individuais que assumem responsabilidades acrescidas enquanto condições pré-neoplásicas. No cancro da mama, a evidência científica já identificou como importantes fatores de risco:

- A idade que, como a incidência ajustada à idade claramente comprovada, persiste como o mais marcante destes fatores. São razões centrais para que assim aconteça, a interação da influência dos estímulos hormonais e o aumento da esperança média de vida;
- O ciclo de vida reprodutiva da mulher. A relação fisiopatológica do cancro da mama com os estrogénios, enquanto hormona feminina, está comprovada em bases clínicas, epidemiológicas e de investigação básica e de translação. Fisiologicamente os estrogénios regulam e estimulam a função endotelial de todos os órgãos do aparelho sexual da mulher e, por isso, também a atividade celular dos estrogénios endógenos, como acontece nos casos de menarca precoce e menopausa tardia, nuliparidade ou idade tardia da primeira gravidez, bem como o longo e continuado uso de anticoncecionais orais e da terapêutica hormonal de substituição (Lacey et al., 2009);
- A Infertilidade. Reforçando o anteriormente referido, diremos que a gravidez tem uma correlação direta negativa com o cancro da mama, tal como (Fan et al.) demonstraram, na China, em 2009, quando constataram a existência de uma relação inversa existente entre a gravidez e o cancro da mama. No trabalho

desenvolvido por estes autores foi possível perceber que enquanto reduzia a taxa global de natalidade - que dos 6.4 registados em 1955, passou para os 0.81 em 2006 - aumentava proporcionalmente os registos de novos casos de cancro da mama (Fan et al., 2009).

- A história individual, porque “ ... o principal fator de risco de cancro da mama, é a pré-existência de cancro na mama contralateral ...”. Em duas situações distintas, a história familiar associa-se a um risco acrescido de cancro da mama. Nas formas esporádicas, em que há familiares próximas (mãe, irmãs, filhas) com doença, a probabilidade de uma mulher vir a contrair a doença em idades jovens (abaixo dos 45 anos), tem um risco duas a três vezes, superior ao da população geral (Lacey et al., 2009). Estes tipos de situações representam a esmagadora maioria, superior a 90%, dos casos. Por esta razão, as mulheres nestas circunstâncias devem iniciar programas de vigilância logo a partir dos 40 anos. Diferentes são os casos das formas familiares consequentes à desregulação da reparação molecular do DNA pela transmissão da mutação dos genes BRCA - *breast cancer*- dos tipos 1 e 2 e p53 - *protein 53 or tumor suppressor protein 53* -. Estas formas familiares de cancro da mama, apesar de inferiores a 10% dos casos, constituem um tipo muito particular da doença, porque o risco de cancro da mama e do ovário é, praticamente, absoluto, levantando problemas éticos, de diagnóstico e terapêutica profilática (Lacey et al., 2009);
- Hábitos e Estilos de Vida. A migração dos meios rurais para os urbanos, própria das sociedades em desenvolvimento, trouxe, entre outras condicionantes, alterações aos hábitos e estilos de vida, onde os desvios nutricionais e o sedentarismo assumem, particular e negativa, relevância global. A obesidade, diretamente relacionada com o excesso de consumo de fast food e álcool, tem uma interação direta e muito marcada com o cancro da mama, tanto na China (Fan et al., 2009; Li et al., 2008), como na Europa (Totio et al., 2009) e nos EUA (Prentice et al., 2006).
- Todavia, este dado é tanto mais interessante quanto os estudos da *Women's Health Initiative Dietary Modification*, da *Iowa Women's Health Study Trial*, e da *Nurses Health Study*, que mostram que a perda ponderal reduz muito significativamente o risco de cancro da mama.

O *Women's Health Initiative Dietary Modification Trial*, de grande dimensão e rigor científico, analisando mais detalhadamente o problema confirma, não só, a relação da dieta com o risco da doença como constata a redução deste risco na sub-população de mulheres que perdem peso, antes ou depois da menopausa (Prentice et al., 2006). Neste âmbito, não menos curioso é o *Iowa Women's Health Study* que, analisando o momento da perda de peso com o risco de cancro da mama, comprova que as mulheres que perdem 5% do peso antes da menopausa, veem o risco de cancro da mama baixar, após a menopausa, em cerca de 40%, enquanto que as que

perdem essa mesma percentagem de massa corporal depois da menopausa, a redução do risco do cancro, não passa da ordem dos 25% (Harvie et al., 2005). Porém, a menopausa não será, seguramente, o *non return point* deste problema porquanto, ainda nos EUA, na mesma época e instituições com igual estatuto de rigor, de que é exemplo o *Nurses Health Study*, pode constatar-se uma redução de 56% da incidência da doença no grupo de mulheres que perderam pelo menos 10kg após a menopausa (Eliassen et al., 2006).

Particularmente preocupantes são as perspectivas que, no âmbito da vulgarização da doença e no domínio da saúde pública, são esperadas por instituições com dimensão responsabilidades globais, como são a *International Agency for Research on Cancer* (IARC) e a OMS. Pela reconhecida correlação entre cancro, ambientes e estilos de vida inerentes à melhoria sócio-económica das sociedades, modernas e urbanas, a OMS e a IARC estimam que, no decurso das próximas duas décadas, a incidência do cancro duplique. Ou seja, face aos índices conhecidos de 2010, é previsível que em 2030, com valores duplos dos atuais, o cancro assuma a primazia entre as causas de morte, constituindo o principal problema de saúde pública dos países desenvolvidos. Apesar dos esperados alargamentos dos programas de rastreio, o aumento da esperança média de vida, e o impacto ambiental, levam a OMS a admitir como expectáveis para 2030 e por ano, 27 milhões de novos casos e 17 milhões de mortes por cancro, com a corresponde correlação direta positiva do aumento epidemiológico do cancro da mama.

Por assim ser, mau grado os esforços dos programas de rastreio e os enormes avanços terapêuticos, o cancro passará a ser a primeira causa de morte, enquanto o cancro da mama persistirá como principal causa de morte na mulher entre os 35 anos e os 55 anos e a segunda, independentemente da idade, onde o cancro do pulmão manterá posição cimeira.

#### 4.4. Clínica: Sinais e Sintomas

Qualquer exame clínico começa pela anamnese, em que se procurará conhecer o início e a evolução dos sinais e sintomas, bem como a existência de casos idênticos em familiares, mais ou menos, próximos. Pretende-se obter a informação do, provável, tempo evolutivo e, assim, do estágio e prognóstico da doença, bem como da possibilidade de se tratar de uma doença familiar, situação que imporá a necessidade de investigação genética dos familiares de 1º grau e, eventual, intervenção profilática

A revelação clínica da lesão faz-se por sinais e sintomas muito variáveis. A par da completa “inexistência” física das lesões sub-clínicas diagnosticadas nos Programas de Rastreio, quando clinicamente “existentes” os tumores da mama traduzem-se, mais frequentemente, através de observáveis nódulos duros, irregulares, por vezes dolorosos, aderentes ou invasivos do parênquima mamário vizinho, retração do mamilo, “pele em casca” de laranja, eventuais sinais

inflamatórios, corrimento mamilar e nódulos supraclaviculares ou axilares, reveladores de metástases ganglionares regionais (Lenfant, 2003).

#### 4.5. Diagnóstico, Tipos histológicos e Estadiamento

Como já referimos, anatomicamente dividida em 5 regiões, é essencial que a descrição das alterações clínicas encontradas, referenciem a região afetada topograficamente. Na metodologia diagnóstica, à observação clínica seguem-se exames complementares de diagnóstico que permitirão começar a enquadrar o caso e a perspetivar a estratégia terapêutica.

No caso do cancro da mama, o estudo complementar começa pela realização de ecografias e mamografias bilaterais, bem como por citologias aspirativas dos nódulos suspeitos. Quando a citologia confirma o carcinoma e o seu tipo, ductal ou lobular, segue-se o estadiamento da lesão, para o que, na procura de, eventuais, lesões secundárias, pulmonares ou hepáticas, são efetuadas Tomografia Axial Computorizada (TAC) torácica e abdominal.

Na avaliação da condição geral da doente e enquanto valores basais comparativos da resposta terapêutica, são importantes os marcadores tumorais como o CEA e o CA15-30. Em casos de suspeita de metástases noutros territórios, ósseas ou outras, é indispensável a realização de *PET-Scan* de Corpo Inteiro, que permite a identificação de todos os focos de lesões hipermetabólicas, característica comum a todas as lesões metastáticas.

Ficamos assim a conhecer os elementos indispensáveis à caracterização clínica local do tumor (T), dos gânglios linfáticos regionais (N, *nodes*) e as, eventuais, referencias metástases a distância (M). São estes elementos - T.N.M.- que são utilizados na classificação da *Union Internationale de Lute contre le Cancer (UICC)* e do *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* para estabelecer os estádios clínicos e patológicos que caracterizam, individualmente, cada caso, estabelecem a estratégia terapêutica e definem prognósticos da doença.

Porque a realidade do cancro da mama tem muitas especificidades geográficas no referente a estratégias, de diagnóstico e terapêutica, para abordar os pontos seguintes apoiar-nos-emos nas Recomendações Nacionais para o Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama, elaboradas, em 2007, no âmbito do Alto Comissariado para a Saúde de Portugal (Pimentel, 2007).

Relativamente aos tipos histológicos, a esmagadora maioria dos casos de cancro da mama são carcinomas, isto é, tumores malignos desenvolvidos a partir das células epiteliais de revestimento das estruturas acinares e canaliculares dos lóbulos mamários. Por isso, os dois tipos mais frequentes são o carcinoma ductal e o carcinoma lobular. De acordo com o tempo e estágio evolutivo, qualquer destes tumores pode apresentar-se *in situ*, ou seja, como formas

muito precoces e localizadas, não invasivas das estruturas circundantes, ao contrário de outras, mais avançadas (invasivas) em que há claro envolvimento dessas estruturas. Porque sub-clínicas, as formas não invasivas são as lesões que os programas de rastreio procuram identificar e tratar, na medida em que estes tumores têm uma probabilidade de cura da ordem dos 90%.

Os carcinomas ductais são os mais comuns na mama, sendo o carcinoma ductal invasivo (CDI) a lesão mais frequente, diagnosticada em cerca de 80% dos casos. O carcinoma ductal *in situ* (CDIS), é a mais frequente das lesões não invasivas. Dos tumores menos frequentes, as formas invasivas dos carcinomas lobulares não atingem os 10% dos casos de cancro da mama, sendo muito mais raros os carcinomas inflamatórios, medulares, mucinosos e filoides malignos e outros tipos, nomeadamente, o sarcoma, todos estes com prognósticos muito mais sombrios. São muitos os aspetos que importam caracterizar nestes tumores, pelo impacto que estes têm nas estratégias terapêuticas e definição de prognósticos.

Pela complexidade das áreas, histopatológica, imunológica e genética aqui envolvidas, apenas citaremos alguns dos mais relevantes neste âmbito de intervenção, como são os recetores hormonais - identificados por imuno -histoquímica, são particularmente relevantes na clínica, os recetores de estrogénios, da progesterona e HER2, além dos DNA *multigene expression profiles* - e a Caracterização de Sub-Tipos Moleculares e Grau de Diferenciação Tumoral.

No que diz respeito ao estadiamento, muito elementarmente, diremos que se trata da metodologia de definição discriminativa do modo evolutivo como o tumor maligno cresceu no corpo do doente e se desenvolveu, regionalmente e à distância. A universalidade dos procedimentos convergiu no sistema de estadiamento do cancro da mama que assenta na caracterização semiológica do tumor - T -, do envolvimento dos gânglios linfáticos regionais - N, *lymphatic Nodes* - da axila homolateral e supraclaviculares, e da existência, ou não, de metástases à distância - M-. Em síntese diremos que:

- T - Define o tumor consoante as suas características físicas. TX, quando revelado por uma metástase, sem que se consiga identificar o tumor primitivo. T0, quando sub-clínico, diagnosticado em programas de rastreio. Tis, revelador de um tumor *in situ*. T1, menor que 2 cm de diâmetro. T2, quando entre 2 e 5 cm, T3, se maior que 5 cm e T4, quando maior, invasivo ou inflamatório;
- N- A classificação ganglionar - NX, N0, N1, N2 ou N3 - depende do número, dimensão e local dos gânglios invadidos que, poderão estar na axila homolateral ou contralateral, espaço supraclavicular, cadeia da artéria mamária interna e mediastino;
- M- Quando metastizado em órgãos sólidos a distância - M1 - ou não - M0 -.

A articulação conjugada de cada um destes elementos é integrada no sistema TNM que, aprovado pela *Union Internationale de Lute Contre le Cancer* - UICC - e o *American Joint Committee on Cancer*- AJCC -, é de utilização universal.

O estadiamento é um tempo fundamental em Oncologia, em geral e no cancro da mama em concreto, sendo enormes as vantagens inerentes ao sistema TNM. Desde logo pela a universalidade comum da linguagem que expressa uniformidade de conceitos e critérios e, através da interação de cada um destes elementos, permite a constrição do *puzzle* caracterizador da definição classificativa de cada um dos estádios. Fundamental é, ainda, a consensualidade com que permite a uniformização de estratégias terapêuticas, prognósticos e índices de sobrevivência.

## 4.6. Estratégia Terapêutica

O cancro da mama é uma das entidades nosológicas em que a marca geográfica mais se faz sentir atribuindo-lhe múltiplas e diversas especificidades de âmbito nacional. Por assim ser, a OMS aconselha a que todos os esforços desenvolvidos com objetivos expressos tendentes a enfrentar esta realidade, deve ser consertados com as competentes entidades nacionais, governativas ou científicas.

Deste modo, para este objetivo específico, apoiar-nos-emos nas Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama, elaboradas no âmbito do Alto Comissariado para a Saúde de Portugal em 2007 (Pimentel, 2007). Estas recomendações, à semelhança das *guidelines* anglo-saxónicas, têm a mais-valia de associar as capacidades e vantagens de articular a eficiência do rigor dos saberes e práticas clínicas, assumindo um papel determinante na qualidade da prestação dos cuidados (Graham et al., 2006), constituindo quando, adequadamente definidas e aplicadas, um instrumento essencial para a racionalidade da translação entre a evidência científica e as boas práticas clínicas (Bero et al., 1998; Lenfant, 2003).

Como referimos, a estratégia terapêutica do cancro da mama assenta, basicamente, no estágio da doença. Importante é a referência a que em clínica oncológica, as avaliações clínicas e definições estratégicas são feitas, não individualmente, mas em grupo, constituído por especialistas de diferentes e cooperativas áreas de conhecimento, como são cirurgiões, anatomopatologistas, radiologistas, oncologistas médicos, radioterapeutas e, preferencialmente, psicólogos de intervenção, que constituem o grupo multidisciplinar de decisão e terapêutica oncológica de cada instituição. Após a definição histológica, por citologia aspirativa ou biópsia, da natureza maligna da lesão, será a ponderação que o grupo multidisciplinar fará da condição clínica da doente e da doença, que permitirá definir a

estratégia terapêutica. Na decisão, além das características TNM, há que ponderar todo um outro conjunto de fatores, de que destacamos a relação do volume do tumor com o da mama, a idade da doente, a condição em relação à menopausa, as características moleculares do tumor, como sejam os recetores hormonais e HERB2, bem como, naturalmente, o estado geral da doente.

Numa breve síntese, diremos que uma vez definido o estadiamento clínico da lesão, o grupo multidisciplinar de decisão avalia o caso e decide a estratégia terapêutica mais adequada para cada doente em concreto, ponderando as capacidades da eficiência da cirurgia, de início ou após terapêutica neo-adjuvante. No estágio IV, é universal o consenso de que o tratamento se deve iniciar pela terapêutica neo-adjuvante, sendo que a generalidade dos centros segue igual princípio para o estágio III. Ao contrário, o processo terapêutico dos estádios I e II será iniciado pela cirurgia, complementada por radioterapia e, sim ou não, por quimioterapia e hormonoterapia consoante a informação histopatológica obtida no estudo definitivo da peça operatória. É esta informação que, pelas informações anatomopatológicas - tipo histológico, dimensões, invasão das estruturas peri-tumorais, como nervos, veias e linfáticos, tecidos vizinhos, gânglios linfáticos axilares e outros - e imuno-histoquímicas, reveladores da presença, ou não, de recetores hormonais para os estrogénios e progesterona e HERB2 - *HERB2 protein new recetor* -, afirma, em definitivo, o estágio e o tipo de tumor.

A investigação laboratorial e imageológica permitem, depois, conhecer a repercussão visceral e, eventuais, metástases a distância, bem como o rebote imunológico e sistémico da doença, concretizando, assim e em definitivo, o estágio patológico em que se incluirá a doente. O caso clínico voltará a ser discutido em reunião multidisciplinar de decisão oncológica, onde os diferentes especialistas presentes saberão encontrar a melhor estratégia complementar que, pela intervenção adjuvante, possa reforçar a eficiência da resposta clínica para cada doente em concreto. A existência de recetores de estrogénios e progesterona, implicará terapêutica hormonal, com o objetivo de bloquear esses mesmos recetores, impedindo que as células tumorais possam continuar a receber as hormonas que estimulam o seu desenvolvimento. A cirurgia é a única arma terapêutica que isoladamente, em casos precoces de doença, tem efetivas potencialidades curativas. Todavia, são poucos os casos tratados em estádios I pelo que, habitualmente, há que ponderar estratégias multimodais, com envolvimento integrado da cirurgia com a radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal e outras.

A cirurgia é a terapêutica primária do cancro da mama. Depois da mastectomia radical de Halsted, de há um século e nos nossos dias praticada apenas em situações de exceção, as opções para os estádios II e III são ponderadas entre a mastectomia radical modificada de Madden, que preserva os músculos peitorais, e a mastectomia conservadora, que efetua uma quadrantectomia com pesquisa do gânglio sentinela na axila homolateral e, eventual, esvaziamento axilar. Nos estádios iniciais, a doença pode ser adequada e curada com apenas

uma tumorectomia que, de forma ainda mais conservadora, faz apenas a excisão do tumor alargada a sólidas margens de segurança. Independente do tipo, a mastectomia conservadora será sempre complementada por radioterapia, com o objetivo de esterilizar a mama restante. Em doentes com tumores pequenos, T1 e T2 e axila clinicamente negativa, a moderna estratégia cirúrgica passa pela pesquisa do gânglio sentinela para estadiamento, só se justificando o esvaziamento se esse mesmo gânglio for positivo.

A linfadenectomia axilar está, assim, indicada apenas em doentes com axila positiva, ou seja, tanto em doentes com adenopatias axilares palpáveis ou em situações de gânglios positivos confirmados pela biópsia marcada do gânglio sentinela (Krag et al., 2004).

A razão de assim se proceder, prende-se com a evidência científica do esvaziamento axilar não trazer nada de positivo à resposta clínica e, ao contrário, não ser isenta de comorbilidades, frequentemente, muito limitativas da qualidade de vida das doentes como é, sobretudo, o linfedema dos membros superior e as nevralgias do plexo axilar (Krag et al., 2004).

Muitas doentes com cancro da mama em estadios iniciais com indicação para mastectomia, são candidatas a reconstrução imediata, evitando as sequelas psicossociais da mastectomia. A reconstrução imediata pode ser efetuada com tecidos autólogos (retalhos) ou heterólogos (próteses). A mastectomia poupadora de pele garante um melhor contorno da mama reconstruída, sem que isso represente um risco aumentado de recidiva loco-regional.

Como foi supracitado, é a informação histopatológica obtida no estudo da peça operatória que afirma, em definitivo, o estágio e o tipo de lesão. O caso clínico voltará, de novo, a ser discutido em reunião multidisciplinar de decisão oncológica, onde será encontrada a melhor estratégia complementar que, pela sua intervenção adjuvante, possa reforçar a eficiência da resposta clínica para cada doente em concreto. A radioterapia, como acabamos de referir, é uma arma terapêutica complementar da cirurgia. Ao contrário da quimioterapia e da hormonoterapia que têm como objetivo o tratamento sistémico, a radioterapia, através de radiações ionizantes, tem como alvo o tratamento local da restante mama afetada pela doença, segundo protocolos de campo e dose global bem definidos.

A quimioterapia, ao contrário da cirurgia e da radioterapia, que são tratamentos loco-regionais, é uma forma sistémica de tratamento, atingindo todo o organismo e não só a região sede da doença. O seu objetivo central é a destruição de células neoplásicas que, eventualmente, tenham entrado na circulação sanguínea e atingido, ou não, os seus órgãos-alvo como o fígado, os pulmões ou os ossos. O protocolo a utilizar assentará em parâmetros bem definidos do tumor, da evidência de doença metastática e da doente, sendo que será tanto mais agressiva quanto mais jovem for a doente. Com base, habitualmente, em vários agentes, a quimioterapia atua tanto por inibição da multiplicação das células tumorais, como por inibição dos



mecanismos de reparação dessas células. Sempre agressiva, independentemente dos agentes citotóxicos utilizados, a quimioterapia é responsável pelos mais desagradáveis efeitos secundários que acompanham o tratamento do cancro da mama onde, pelas más razões, se destacam as náuseas, vómitos e, principalmente, a tão estigmatizante, queda do cabelo.

A hormonoterapia, tem indicação plena para ser utilizada nos casos de tumores com recetores hormonais positivos, em que o seu bloqueio é indispensável para que as células tumorais deixem de receber as hormonas que estimulam o seu desenvolvimento e, assim, controlar a doença.

Num futuro mais ou menos próximo, a maior profundidade do conhecimento da doença, permitirá o recurso a novos agentes, potencialmente biológicos que, dirigidos a alvos específicos, se afirmarão como terapêuticas personalizadas, específicas para cada tumor e cada doente em concreto e, seguramente, mais eficientes e com menores efeitos secundários.

## 4.7. Prognóstico

Porque o prognóstico tem uma correlação direta como o estágio oncológico, nos casos em que não são possíveis intervenções profiláticas, de que são exemplo os casos muito pouco frequentes das formas familiares do cancro da mama, importa que todos os esforços sejam desenvolvidos no sentido de se conseguir chegar a tempo de tratar lesões em fase precoces de doença.

É neste âmbito que, tal como acontece em Portugal, a generalidade dos países desenvolvidos e muitos dos que se encontram em vias de desenvolvimento, foram criando programas de rastreio do cancro da mama a nível nacional. Face à realidade do cancro da mama e às suas múltiplas, diversas e diferentes especificidades nacionais, para este efeito apoiar-nos-emos, uma vez mais, nas Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama, elaboradas no âmbito do Alto Comissariado para a Saúde de Portugal em 2007 (Pimentel, 2007).

O impacto dos diferentes estadios no prognóstico do cancro da mama, está bem ilustrado pelos números publicados por Shockney (2007) em que, analisando a sobrevivência de uma série de 50.000 doentes tratados desde 1989 e reclassificados segundo os critérios da AJCC e ajustados à idade e à raça (Shockney, 2007), mostram que os índices de sobrevida aos 5 anos:

- Estádio 0: 92%
- Estádio I: 87%
- Estádio II: 75%
- Estádio III: 46%
- Estádio IV: 13%

Ilustrando claramente a gravidade geral da doença e a muito importante relação estágio/prognóstico, quando diagnosticadas em estádios precoces e adequadamente tratados, o cancro da mama é controlável e, mais de 90% dos casos, mantêm-se em remissão prolongada a longo termo, se não mesmo curados (Jemal et al., 2008), reforçando o princípio da necessidade de reforçar a capacidade de intervenção dos programas de rastreio.

Entre outras razões de variada ordem, de que salientamos as repercussões psicoafetivas individuais, familiares e sociais, estes resultados justificam a péssima imprensa que é própria do cancro da mama. Os programas de rastreio do cancro da mama têm como objetivo o diagnóstico precoce da doença e não, como acontece noutros domínios da patologia clínica, o diagnóstico de lesões pré-neoplásicas. Compreende-se, por isso, que os programas de rastreio do cancro da mama nunca possam vir a ser absolutos na irradicação da morte por esta doença. Esse facto deve-se, por um lado à mortalidade a 5 anos inerente aos estádios 0 que, como vemos acima é de 8%, mas também e sobretudo à incidência de formas avançadas de doença que passaram sem diagnóstico até à realização do rastreio.

De qualquer modo, factual é esta muito significativa diferença dos índices de sobrevivência dos estádios precoces, razão bastante para que os programas de rastreio sejam incentivados e alargados. Todavia, apesar da péssima conotação da doença, o facto é que nos últimos 25 anos tem-se vindo a assistir a uma diminuição muito significativa desses índices de mortalidade (Padilha et al., 2013).

As principais causas desta evolução positiva são a precocidade diagnóstica e a idade porque, a par dos modernos marcadores biológicos, são eles que se afirmam como os mais determinantes fatores de prognóstico.

Clássico e muito antigo é o conhecimento da importância dos recetores hormonais, que afirmam prognósticos mais favoráveis para doentes com recetores de estrogénios positivos (Alexieva-Figusch et al., 1988). Quando esses mesmos recetores de estrogénios apresentam índices muito elevados, a evidência científica comprova que a hormonoterapia adjuvante é, extraordinariamente, benéfica e eficiente (Thorpe et al., 1993).

Entre estes mais recentemente valorizados marcadores celulares, o oncogene IV CerbB-2, indiciador de aumento da atividade celular, traduz um risco biológico acrescido de recidiva precoce (Potter & Schelfhout, 1995), tal como acontece com o gene p53 (Clark, 1996). Enquanto significativo fator independente de prognóstico, também a idade é um dado particularmente importante, tendo melhor prognóstico as mulheres que desenvolvem a doença entre os 40 e 60 anos, ao contrário do que acontece com as idades extremas, inferior a 35 e superior a 75 anos.

Em Portugal, apesar muito positiva evolução que sem vindo a verificar, ainda há cerca de 25%

das doentes que desenvolvem doença metastática confirmada, habitualmente, nos primeiros três anos após o tratamento inicial, como é norma entre 60% a 80% dos casos (Braga & Cortes, 2009).

Atendendo a que, além da idade, a mortalidade tem uma correlação direta com o estágio evolutivo da doença, a resposta positiva a que, neste domínio, se tem vindo a assistir é consequência natural da difusão dos programas de rastreio que, detetando novos casos em estádios subclínicos, permite o diagnóstico precoce em mulheres ainda sem qualquer evidência, sintomática ou clínica, de doença. Esta condição é potencializada pelo avanço tecnológico dos equipamentos radiológicos e, também, pela evolução do conhecimento e do desenvolvimento de novas e mais eficientes armas terapêuticas (Padilha et al., 2013). Estas são as razões porque, apesar de menos frequente, o cancro do pulmão ultrapassou o da mama e constitui a principal causa de morte por cancro na mulher.

Deste modo, todos os esforços devem ser orientados no sentido da concretização de programas de rastreio populacional que favoreçam o diagnóstico precoce e o tratamento atempado das lesões porque, muitas doentes continuam a ser diagnosticadas tardiamente e em fases de doença localmente avançada (El-Charnoubi et al., 2012), com os inerentes péssimos resultados.

Problema diferente é o inerente aos genes BRCA1 (localizado no cromossoma 17q 12-21) e BRCA2 (localizado no cromossoma 13q 12-13) que atuam como genes supressores do tumor. Mutações em cada um desses genes e no alelo remanescente fragilizam a condição bio-imunológica nuclear da mulher, tornando-a vulnerável às formas genéticas e hereditariamente adquiridas de cancro da mama e do ovário (Clark, 1996). Em bem definidas situações de risco, como são a história familiar pesada e casos de cancro da mama ou do ovário em familiares de 1º grau abaixo dos 40 anos, justifica-se o estudo genético e a mastectomia profilática das mulheres portadores destas mutações.

Todos estes dados relativos à precocidade diagnóstica e resultados a distância, impõem que os decisores políticos reforcem estratégias e programas de rastreio com tendência a favorecer os diagnósticos atempados da doença e, assim, adequados e eficientes protocolos terapêuticos.

Facto ilustrativo da complexidade bio-imunológica do cancro da mama que não é mais que a referida ponta do iceberg da doença sistémica, é a curiosidade da taxa de mortalidade se manter, praticamente, estável desde os anos 30 do século passado. Apesar do aumento de incidência da doença, se o maior número de casos tratado em estádios mais precoces e o não menor avanço qualitativo da potencialidades terapêuticas, não têm feito baixar o número de mulheres que morrem em consequência da história natural da doença, o facto é que mais de 85% das vítimas sobrevivem mais de 5 anos após o surgimento do tumor, traduzindo um exponencial avanço das atuais capacidades terapêuticas (Instituto Nacional de Câncer, 2003).

Ao contrário do que acontece com a mortalidade global por cancro da mama, a sobrevivência dos doentes com doença metastática tem vindo, lenta e residualmente, a melhorar com uma diminuição anual do risco de morte de cerca de 1% a 2%, atribuídos ao desenvolvimento e maior disponibilidade de terapêuticas sistémicas, bem como à deteção precoce das metástases permitida pelas novas tecnologias diagnósticas (Pagani et al., 2010). De qualquer modo, o facto é que muito há ainda a esperar do desenvolvimento científico neste longo caminho de maior eficiência diagnóstica e, sobretudo, terapêutica do cancro da mama.

#### **4.8. Programas de rastreio e consultas de seguimento**

Sendo globalmente mau, o prognóstico do cancro da mama tem, todavia, uma correlação direta com o estágio da doença. Por assim ser e, na generalidade dos casos, não ser possível qualquer tipo de intervenção profilática, importa que todos os esforços sejam desenvolvidos no sentido de se conseguirem diagnosticar lesões precoces, para chegar a tempo de as tratar e, assim, poder oferecer muito melhores resultados em termos de sobrevivência livre de doença.

Porque as especificidades nacionais do cancro da mama são nucleares no contexto global da doença, a OMS propõe que todas as iniciativas tendentes a definir metodologias, quer de diagnóstico precoce, como de estratégias terapêuticas e protocolos de seguimento, devem ser articuladas com os programas nacionais, oficialmente em vigor e definidos, quer pelas autoridades de saúde, quer por instituições académicas e científicas.

Neste sentido, a este propósito e tal como fizemos para a estratégia terapêutica, recorreremos às Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama elaboradas no âmbito do Alto Comissariado para a Saúde de Portugal no ano de 2007 (Pimentel, 2007). Universalmente definidos e incentivados, os programas de rastreio têm perspectivas e metodologias diferentes consoante os dois grandes tipos de cancro da mama, familiar e esporádico.

As formas familiares, pouco frequentes fruto da baixa incidência, inferior a 10% de todos os casos, são passíveis de diagnosticar em doentes com história familiar pesada e mutações genéticas BRCA1 e BRCA2. A proatividade diagnóstica permite a atempada mastectomia bilateral profilática com, quase absoluta, anulação do risco de cancro da mama em doentes com essas condições específicas.

Nas formas esporádicas, que representam os restantes 90% de casos, o melhor que poderemos ambicionar para estas doentes é o diagnóstico precoce de pequenas lesões, preferencialmente sub-clínicas, passíveis de cirurgia conservadora, melhor prognóstico e, eventual, cura. Tal como claramente definido no programa é objetivo nacional, alargar a sua realização a todo o território nacional (Pimentel, 2007). Todos os programas de rastreio têm três tempos nucleares: o autoexame, o exame clínico e a mamografia.

A *American Cancer Society* definiu um conjunto de regras que, seguidas pela Sociedade Portuguesa de Senologia e pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, propõem a seguinte metodologia, para o rastreio, de acordo com a idade (Pimentel, 2007):

- Entre os 20 e os 39 anos, autoexame mensal e exame clínico a cada três anos;
- Dos 40 aos 49 anos, autoexame mensal, exame clínico anual, mamografia a cada 1 ou 2 anos, após uma mamografia de referência aos 40 anos;
- Acima dos 50 anos, autoexame mensal, exame clínico e ecografia e mamografia anual.

Como vemos o autoexame é um dos tempos fundamentais de qualquer programa de rastreio e deteção precoce do cancro da mama. Curiosa é, no entanto, a conclusão de que não há qualquer evidência científica que sustente a importância deste autoexame mamário. Todavia, a OMS defende e incentiva a sua realização não só pelo reforço do envolvimento e responsabilização das mulheres no rastreio como, fundamentalmente, pela desmistificação e aumento de adesão a esses mesmos programas de rastreio.

Deve ser feito uma vez por mês, preferencialmente uma semana após o fim do ciclo menstrual, no duche, em pé e ao espelho, com o peito bem ensaboado para que a mão deslize facilmente. Com a sua repetição, torna-se um ato rotineiro, rápido e não preocupante. A mulher deve começar por saber reconhecer, diretamente e ao espelho, a posição e o tipo dos mamilos, a aparência geral, o volume e a forma natural das mamas, para que se alguma alteração ocorrer, possa saber reconhecê-la logo em fases iniciais.

A glândula mamária é irregular na sua textura, sendo normal a diferença de volume entre cada uma das mamas, bem como a existência de nódulos que não traduzem doença, pelo menos, significativa:

- Em pé e com a mão homo-lateral atrás da nuca, com a palma da mão contralateral deve pressionar-se com firmeza a mama para que seja percebida a sua estrutura e eventuais irregularidades;
- A mão deve fazer suaves movimentos circulares envolvendo todos os quadrantes da mama;

- A posição de pé, favorece a apreciação da parte superior e externa das mamas (na direção da axila). É importante assim fazer porque este local é a localização preferencial do cancro da mama afeta esta região em cerca de metade dos casos;
- O achado de qualquer alteração, seja quanto à forma, ao volume ou à sensibilidade, impõe a imediata consulta médica.

Devido ao facto de a existência de um caroço ou inchaço poder ativar angustias e receios associados à ameaça de se ter um cancro da mama (que são culturalmente fundamentadas), impõe-se que o autoexame, para ser efetivo e não contaminado por muito negativas cargas emocionais, e crenças desajustadas, seja interiorizado como ato elementar de programas de educação para a saúde. O autoexame é complementado pela realização, de princípio, nos casos de *screening* de massas populacionais, ou orientada, nos casos de suspeita identificada por autoexame, pela realização de mamografias e ecografias sistemáticas, com a calendarização antes referenciada (Liga Contra o Cancro, 2013). Nos casos de serem identificadas lesões suspeitas, essas lesões são submetidas a biópsias aspirativas e abordadas clinicamente consoante a sua natureza.

De facto, salvo os casos sub-clínicos que, assintomáticos, são detetados apenas pelos programas de rastreio, é a palpação do nódulo, do caroço, ou o tumor, que leva a doente a procurar o médico. Muitas vezes, a situação é antiga e além do tumor, já existem todos os sinais acompanhantes tradutores de doença avançada, como são a deformação da mama, a infiltração, edema, ou retração da pele, o desvio do mamilo ou a sua invaginação.

Apesar dos programas de rastreio e prevenção conterem potencialidades intrínsecas de redução de mortalidade, esta nunca poderá ser absoluta, na exata medida em que o grande objetivo destes programas é o diagnóstico precoce da doença e não o de lesões pré-neoplásicas. Isto mesmo é comprovado pelo grande número de doentes que continuam a ser diagnosticadas em fases localmente avançadas de doença, com sintomas claros que foram negligenciados, tanto pelas próprias, como pelos cuidados de saúde (El-Charnoubi et al., 2012).

Todavia, o evidente reforço do diagnóstico de casos progressivamente mais precoces e a grande melhoria de prognóstico que se tem verificado ao longo da última década, têm sido altamente compensatórios para os esforços desenvolvidos, tal como refere Ferlay et al. (2004), eram cerca de 4.400.000 o número de mulheres vivas, tratadas por cancro da mama nos últimos 5 anos (Ferlay et al., 2004).

Muito recentemente Padilha et al. (2013) referem que no decurso dos últimos 25 anos se tem vindo a assistir a uma diminuição muito significativa da mortalidade por esta patologia fruto, inequívoco, da difusão dos programas de rastreio que permite o diagnóstico de lesões sub-clínicas, tanto mais precocemente identificadas quanto mais tecnologicamente evoluídos são os

equipamentos neles envolvidos e, principalmente, mais precisas e eficientes são as estratégias terapêuticas e as novas drogas nelas envolvidas (Padilha et al., 2013).

Admitindo-se que o reforço dos programas de rastreio possa conduzir a resultados objetivamente positivos, persiste a expectativa de que o cancro da mama se manterá, na Europa, como a 1ª causa de morte por cancro nas mulheres. Todavia, à semelhança do registado desde a década de 50 do século passado, em que a mortalidade diminuiu cerca de 10%, a OMS estima que até 2030, se assistirá à redução destas taxas para 14.9/100.000 mulheres, correspondentes a uma redução objetiva de 10% em relação a 2007 (Ferlay et al., 2004).

Deste modo, à semelhança do referido por todas as instâncias internacionais, é nossa convicção que, no âmbito dos programas de saúde pública, todos os esforços devem ser desenvolvidos no nosso país no sentido de incentivar, facilitar e favorecer a eficiência dos programas de rastreio do cancro da mama, única estratégia com possibilidades de sucesso, no sentido de melhorar resultados e taxas de sobrevivência da doença.

Tal como a precocidade diagnóstica é fundamental para o prognóstico global do cancro da mama, também a redução da taxa de mortalidade por doença metastática é consequente ao tratamento atempado e precoce dessas mesmas metástases.

Todavia, ao contrário do que esta afirmação parece induzir, a evidência científica tem-se mostrado insuficiente para, de modo inquestionável, favorecer a adoção de protocolos de seguimento - *follow-up* - favorecedores de diagnósticos precoces dessas metástases em doentes assintomáticas (Pagani et al., 2010; Braga & Cortes, 2009).

Sendo que o objetivo primário do seguimento clínico, não é a deteção da doença metastática mas, sim, a deteção precoce, é factual que a recidiva local continua a ser mais frequentemente detetada pela própria doente, nos períodos entre as consultas de seguimento. O reforço da sustentação destes programas assenta, além do tratamento atempado da recidiva local, no despiste, e este aspeto não é desprovido dos efeitos adversos da terapêutica complementar.

Neste sentido, tal como já referido, é a própria OMS que propõe que o controlo dos doentes com cancro da mama, seja integrado nos programas nacionais, razão porque, ainda a este propósito, recorreremos às Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama (Pimentel, 2007). A fundamentação da proposta assenta nos cerca de 25% das doentes com cancro da mama que, apesar dos avanços no diagnóstico precoce e terapêuticas adjuvantes, desenvolvem metástases e morrem como consequência da doença (Pimentel, 2007).

Tendo-se demonstrado que a relação custo-benefício do seguimento intensivo não é vantajosa para o doente, tal como o não é quando a estratégia deste seguimento é centrada no hospital. Entre outras razões, onde domina a ausência de positiva evidência de benefícios clínicos, há um conjunto de aspetos negativos que, desde a agressão psicológica que estas consultas sempre representam, chegam aos consumos, financeiros e humanos, com custos que, podendo atingir o quántuplo dos valores do seguimento mínimo, não se traduzem, como referimos, em benefícios clínicos. Neste sentido é proposto que os médicos dos cuidados de saúde primários devam poder beneficiar de programas de formação específica nesta área, de modo a que o seguimento do cancro da mama fosse por eles assegurado com critérios de qualidade e em condições de grandes vantagens, em termos de ganhos em saúde e de custo-benefício, para os doentes e para o próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS). Naturalmente que, agindo em conformidade, quando o médico de família diagnosticar, ou suspeitar, de uma recidiva da doença deverá orientar o doente para o hospital de referência do mesmo.

As doentes tratadas por cancro da mama devem, como princípio oncológico, ser mantidas sob controlo em programas de seguimento durante 5 anos. Depois dessa data, razões de necessidade aconselham a que devem manter-se sob consultas de seguimento, as doentes que permaneçam em tratamento ou que, tenham sido envolvidas em ensaios clínicos que deverão manter o controlo de acordo com o tempo previsto no protocolo. Doentes com carcinoma localmente avançado, inflamatório ou metastizado, bem como as doentes com formas hereditárias de doença. Noutra perspetiva, devem ainda ser alvo de particular atenção as doentes com sequelas dos tratamentos efetuados, que necessitem de cirurgia reconstrutiva ou de outros cuidados especializados.

O aconselhado seguimento mínimo consiste no acompanhamento das doentes assintomáticas nos centros de saúde com consultas para observação clínica cada três a seis meses, durante os três primeiros anos que, passarão a seis a doze meses nos dois anos seguintes. A contemplação dos intervalos de três a seis meses e de seis a doze meses, depende exclusivamente do perfil psicológico das doentes, sendo que o intervalo deve ser definido, individualizadamente, pelo médico de família. Nas doentes submetidas a cirurgia conservadora a primeira mamografia de controlo deve ser efetuada seis meses depois de terminada a radioterapia e repetida anualmente. A comprovação de que a realização de marcadores tumorais, radiografias do tórax, ecografias hepáticas, cintigrafias ósseas ou *PET-Scan* 's possam contribuir para qualquer benefício, diagnóstico, terapêutico ou de sobrevivência, fundamenta esta estratégia de seguimento mínimo, sendo igualmente conveniente que os diversos especialistas envolvidos no tratamento de cada doente, preferencialmente em ambiente de consulta multidisciplinar, articulem os seus planos em conjunto, de forma a reduzir o número de visitas do doente ao hospital e de exames realizados.



A compreensão dos aspetos clínicos e biomédicos da patologia mamária, ainda que não sejam o foco principal do nosso estudo, são importantes para um entendimento mais aprofundado desta problemática, que é complexa na sua natureza.

Trata-se, portanto, de um necessário contributo para a compreensão aprofundada desta patologia nos domínios multifatoriais que o compõem.



## Capítulo 5. O impacto do cancro da mama na vivência psicosssexual da mulher

Como já ficou explicitado atrás o cancro da mama consiste num tumor maligno que, desenvolvendo-se nas células do tecido mamário, constitui uma das principais causas de morte no mundo (Paiva et al., 2013). Por outras palavras, esta neoplasia ocorre quando um grupo de células do tecido mamário sofre alterações, pelo que as células normais se transformam em células neoplásicas. Salientando o contributo de Patrão (2005, p. 289), “na Europa uma em cada quatro pessoas já teve, tem ou poderá vir a ter de enfrentar o cancro. Ao manter-se a taxa de crescimento, um europeu em cada três será atingido pela doença. Em Portugal, o cancro também é a segunda causa de morte, uma importante causa de incapacidade (...), apesar de ter uma das mais baixas taxas de mortalidade na Europa, segundo dados da OMS”.

As referidas células podem invadir os tecidos vizinhos e até disseminarem-se para outros órgãos do corpo, ocorrendo as designadas metástases. O organismo do ser humano é constituído por miríades de células que se reproduzem através do processo de divisão celular, sendo este um processo ordenado, controlado e também o responsável pela formação, crescimento e regeneração de tecidos do corpo. Quando as células perdem a capacidade de se reproduzirem de forma ordenada e controlada, passam a multiplicar-se rápida e aleatoriamente, verificando-se então, uma disfunção celular. Decorrente desta disfunção celular, ou seja, quando as células se reproduzem de forma rápida e descontrolada, dá origem a um desequilíbrio na formação dos tecidos do corpo, neste caso da mama, e dão origem ao referido tumor.

De acordo com a *American Cancer Society* (2009 cit. por Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012), o risco de uma mulher ter cancro da mama invasivo em qualquer momento da sua vida é de cerca de 1 em cada 8 e o risco de morrer com esta neoplasia é de cerca de 1 em cada 35 mulheres. Como referem os autores (2012, p. 328) “em Portugal, os dados epidemiológicos são consistentes com os dados universais. Segundo o Registo Oncológico Nacional, no ano de 2007, o cancro da mama continua a ser o segundo mais frequente de todos os cancros, mantendo-se o mais prevalente nas mulheres, tendo subido, comparativamente a 2005, para 38% dos casos de cancro no sexo feminino”.

O cancro da mama é uma doença oncológica grave que surge “mais frequentemente nas mulheres, tem repercussões aos mais variados níveis: físico, psicológico, familiar e social” (Ramos & Patrão, 2005, p. 295). E o seu tratamento pode implicar uma intervenção cirúrgica, mas também pode conduzir à remoção da mama quando o tumor se encontra num estado avançado. Em casos mais extremos, podem mesmo ocorrer metástases pelo que as probabilidades de sobrevivência a esta neoplasia são muito reduzidas, pois como já se referiu anteriormente, o cancro da mama é uma das principais causas de morte no mundo.

Segundo Pereira e Lopes (2002), o diagnóstico do cancro representa um evento de vida importante e catastrófico para a maioria dos indivíduos, mesmo para aqueles que lidam bem com aspetos negativos da vida, tendo grande impacto na qualidade de vida. Ora, o trauma inicial do diagnóstico de cancro da mama, bem como do seu tratamento causam grandes perturbações no funcionamento psicossocial da mulher, contudo, a qualidade e a vida sexual depende não só da idade da paciente na fase de diagnóstico, bem como de outros aspetos do tratamento, sendo que cada caso é um caso, caracterizado pelas suas especificidades. Já em 1980, Meyerowitz (Rowland & Holand, 1990) revelou três níveis do impacto psicossocial do cancro da mama: desconforto psicológico, como a ansiedade e a depressão, mudanças nos padrões de vida decorrentes do desconforto psicológico (nível de atividade alterado e disrupção marital e sexual) e medos e preocupações relacionados com a cirurgia e o medo da morte.

Como nos explica Patrão (2005, p. 290), “a sexualidade constitui os recursos psicossociais que cada um tem para manter uma relação de intimidade, e que dela possa retirar prazer ao nível sexual. Esta relação pode ser influenciada por diferentes contextos: familiar, pares, estar físico e psicológico, entre outros. A sexualidade tem a sua construção ao longo do desenvolvimento. (...) Um desenvolvimento psicossocial saudável implica, então, um equilíbrio entre: físico, psicológico e no domínio interpessoal. Quando assim não acontece o bem-estar psicossocial pode estar em risco”, pelo que o diagnóstico de uma doença como o cancro da mama pode alterar este desenvolvimento e bem-estar.

Embora existam diferentes tipos de cancro e por isso, diferentes tipos de tratamento, esta doença tem um grande impacto na vida sexual da mulher, devido às mudanças físicas, ao cansaço, ao enjoo, à dor do tratamento, à falta de energia, à autoestima e ao caos emocional provocado pelo diagnóstico da própria doença. De facto, “a experiência de cancro da mama continua a não poupar as mulheres que a vivenciam do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, durante as fases do diagnóstico, tratamentos, final dos tratamentos e sobrevivência” (Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012, p. 328).

Quando o indivíduo, neste caso a mulher, é confrontado com uma doença oncológica, que coloca em risco a sua vida, surgem incertezas, sofrimento, dor, ansiedade e medos, principalmente o medo da morte (Dias et al., 2002). Como explica Paiva et al. (2013, p. 4210), baseando-se no contributo de Beckjord e Campas (2007), Schmer et al. (2008) e Edvardsson e Ahlstrom (2008), “o diagnóstico do cancro da mama, como de outras neoplasias, causa um efeito devastador na vida de uma mulher e da sua família. Isto porque, o cancro da mama pode causar perturbações na organização da vida quotidiana, na distribuição de papéis dentro da família e entre os parceiros”. Os tratamentos do cancro da mama, podem originar efeitos físicos na sexualidade da mulher e podem ter impacto nas mais diversas formas, dependendo do tratamento em causa.

Vários estudos revelam que o cancro da mama tem grande impacto no estado de saúde, na funcionalidade, na percepção de si-própria, autoestima e saúde mental, quando equiparados com outros tipos de cancro (Sendersky, Gause, Sung & Durham, 2002). Segundo Baron e González (1996) a dor é um dos sintomas físicos que os doentes com cancro avançado referem como o mais temido e esta dor pode ser causada pelos tratamentos usados, isto é, a cirurgia, a quimioterapia ou a radioterapia ou devido aos efeitos secundários dos tratamentos. Neste sentido, a mama constitui-se numa parte sexual e importante do corpo da mulher e perder esta parte do corpo, ou estas partes devido à remoção dos dois peitos, pode influenciar a sua satisfação sexual.

Para se compreender o impacto que o cancro da mama tem na sexualidade da mulher, é necessário ter em consideração o significado social e pessoal que este órgão acarreta para si, na medida em que se apresenta como um órgão privilegiado do Ser Mulher (Faria & Xarepe, 2000). Por um lado, o seio que amamenta é um órgão e representa a maternidade, por outro lado, é um indicador de ativação da resposta sexual pelo qual se observa a excitabilidade aquando do relacionamento sexual, pelo que qualquer ameaça à sua integridade é experienciada e vivida com sofrimento, representando uma ameaça à vivência da feminilidade (Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012).

Todos os procedimentos que estão associados ao cancro da mama, desde o seu diagnóstico, ao tratamento e às intervenções cirúrgicas que este implica, afetam a esfera psicossocial das mulheres. Daí que, como explicam Ramos e Patrão (2005, p. 295), “o cancro da mama tem consequências ao nível do funcionamento biopsicossocial da doente conduzindo à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas. O prognóstico do cancro de mama é incerto e os tratamentos são geralmente agressivos, expondo a mulher a alterações na sua imagem corporal”. Por estes motivos, as marcas deixadas por esta doença comprometem “a relação com o corpo, consigo mesma, com o outro, retirando qualidade à vivência da corporalidade e da sexualidade. Encontram-se descritas na literatura alterações nos domínios da imagem corporal e disfunção sexual durante os tratamentos e após a realização da cirurgia” (Remondes-Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012, p. 328). Também para Dias et al. (2001), as preocupações pessoais da paciente e o impacto no que respeita à sua autoimagem, apontam para medos e fantasias recalcadas que comprometem a relação conjugal e a sua sexualidade.

No seu estudo sobre o impacto da imagem corporal de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia, radical ou parcial, procurando verificar se a qualidade do relacionamento conjugal e a satisfação sexual são ou não afetadas, Ramos e Patrão (2005) demonstram que 76.7% das pacientes classificam a sua relação conjugal como ‘muito satisfatória’ e 23.3% classificaram-na como ‘pouco satisfatória’. No entanto, ao nível da satisfação sexual, constataram que, em média, as participantes evidenciaram a existência da

problemática sexual. As investigadoras concluíram ainda, que ao aumentarem as problemáticas ao nível da imagem corporal, aumenta também a insatisfação sexual.

A depressão tem sido identificada como uma reação frequente após a cirurgia, devido à vivência de alteração de papéis e de relações que a mulher mastectomizada enfrenta quando perde uma parte do seu corpo (Clark & McGee, 1997). Assim, a depressão decorrente do diagnóstico e tratamento do cancro “é caracterizada por expressão de desânimo e desespero, incapacidade de concentração na leitura, escrita ou diálogo com outros, desinteresse pela higiene pessoal, alteração da atividade física (andar vagaroso), da alimentação (anorexia), do repouso e da atividade sexual, questionamento constante sobre o seu papel na sociedade, sentimento de culpa, afastamento dos outros com medo de ser rejeitada, maior sensibilidade em relação aos outros, o que está ligado à diminuição de confiança sobre os mesmos, sentimentos de raiva, entre outros” (Barbosa, 2008, p. 36).

Grande maioria das mulheres considera o cancro da mama a pior coisa que lhes poderia ter acontecido, vivendo sentimentos de tristeza, desespero, raiva, medo de morrer, de perder a força, da impossibilidade de ter relações sexuais, de não conseguir desempenhar o seu papel laboral e até sentimentos de culpabilização, por não ter existido uma deteção precoce (Jerónimo & Henriques, 2002). Assim sendo, dos vários tratamentos para o cancro da mama, com vista à sua cura, “encontra-se a mastectomia parcial ou total, que por sua vez, causa modificações extensas nas mulheres” (Paiva et al., 2013, p. 4210), sendo a mastectomia um processo exigente e complexo para a mulher, devido às alterações físicas que ocorrem, além de uma série de alterações psicológicas, emocionais, familiares, sociais e sexuais. Este procedimento, exige uma adaptação a uma nova imagem corporal, uma reintegração na vida familiar e uma readaptação no trabalho, podendo traduzir-se num longo processo que pode ser vivenciado com muitas dificuldades (Kubler-Ross, 2005).

O impacto da cirurgia na imagem corporal, bem como na dimensão psicossocial da mulher, varia em função da intervenção à qual foi submetida, sendo que a “mastectomia radical é extremamente agressiva e traumática para as mulheres, motivo pelo qual tem vindo a ser substituída, sempre que possível, pela cirurgia conservadora, e quando não é, segue-se de reconstrução mamária” (Crane, 2000 cit por Remonde-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012, p. 329). Os mesmos autores explicam que no caso de mulheres sujeitas à mastectomia sem reconstrução, estas apresentam maior morbilidade psicossocial, como ansiedade e depressão associadas à autoimagem, autoestima e sexualidade (Remonde-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012), e estudos indicam que conseguem obter menos orgasmos, quando comparadas com mulheres realizam a reconstrução mamária (Macieira & Malufe, 2008). Estapé (2001) também reforça o impacto da mastectomia na mulher, realçando que a diminuição da autoestima tem repercussões na sua autoimagem, afetando a sua sexualidade e consequentemente, a sua

relação com o parceiro.

Numa perspectiva psicodinâmica, a imagem corporal corresponde à forma como o indivíduo pensa o seu corpo e como o seu corpo está representado na sua mente e esta representação mental não se trata apenas do corpo físico, pelo contrário, trata-se de um corpo aos quais foram atribuídos significados, significados esses, que foram construídos com as sensações e experiências que o indivíduo vivenciou, tendo-se em conta que cada indivíduo tem o seu corpo no espaço (Schilder, 1999).

Por outras palavras, imagem corporal pode ser entendida como uma “representação afetiva que se faz do próprio corpo” (Monteiro et al., 1995, p. 301), sendo que a construção da imagem corporal está também relacionada com “a forma como percebemos o que os outros representam para nós e os padrões de beleza e de moda inerentes a fatores sócio-culturais” (ibidem).

Na perspectiva de Oliveira (2004, p. 35), a imagem corporal “desempenha, sem margem de dúvida, um papel central não só na relação que temos com o nosso corpo, mas também na relação que temos connosco e com os outros” e portanto, faz parte da autoimagem e é um aspeto essencial no desenvolvimento da autoestima. É necessário ter em consideração “que a mastectomia invade a mulher no seu todo, como ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual, porém, há um aspeto crucial que está na base da maior parte dos problemas inerentes à intervenção cirúrgica, que é a alteração da imagem corporal. A ameaça ou a perda de uma mama, compromete não só a integridade física, mas também a relação que a mulher estabelece com o seu corpo e a sua mente, pois, a mama é símbolo de feminilidade, beleza, atrativo sexual, zona erógena e de amamentação” (Oliveira, 2004 cit. por Barbosa, 2008, p. 37).

O tratamento desta neoplasia também pode provocar alopecia, e para muitas mulheres o cabelo tem um importante papel na sua aparência, pelo que a sua perda pode ter impacto na autoimagem (Ogden, 2004). Para Negrini e Rodrigues (2000 cit. por Amorim, 2007, p. 99), “(...) a mulher mastectomizada é uma mulher duramente atingida fisicamente, psicologicamente e socialmente, tanto pela doença, como pela terapia, o lidar com as limitações, com a nova imagem corporal, com a alteração dos planos de vida e outros, efeitos decorrentes da dupla carga que recebeu, exige grande esforço para a qual, em geral, não está preparada e nem tem condições de realizar sozinha, surgindo dessa necessidade os grupos de mútua ajuda (...)”.

Num estudo exploratório sobre a avaliação da qualidade de vida de 60 pacientes com cancro da mama, Rebelo et al. (2008) não constatarem diferenças significativas entre o grupo de pacientes tumorectomizadas e o grupo de mulheres mastectomizadas, no que concerne ao funcionamento e prazer sexual. Contudo, o grupo de mulheres tumorectomizadas avalia a sua autoimagem de forma mais negativa e demonstra maior preocupação com a queda do cabelo.

Estes autores concluíram que as mulheres que realizam quimioterapia mais tóxica, sentem menos prazer sexual.

O cancro da mama, bem como o seu tratamento provocam mudanças na aparência e mudanças sensoriais, mudanças essas, que “estão relacionadas, principalmente, à aparência e a problemas psicossociais como: ansiedade, sintomas depressivos, diminuição de libido, problemas físicos, problemas sociais e problemas financeiros” (Bogaarts et al., 2011 cit. por Gonçalves et al., 2012, p. 43). Por estas razões, realça-se a importância da imagem corporal que é crucial para se perceber o *stress* provocado pelas mudanças ocorridas e também para se entender como o paciente reage a estas mudanças e como enfrenta a própria doença.

A vivência do cancro da mama, tem repercussões a vários níveis, isto é, ao nível físico, psicológico, familiar, social e sexual. E de acordo com Andrade (1996), “através dos tempos, a sexualidade foi sempre definida como uma necessidade do homem, quer para se reproduzir, quer para satisfazer o corpo ou elevar o espírito. A procriação, o prazer e os sentimentos são, pois, elementos indispensáveis à delimitação do campo da sexualidade” (cit. por Barbosa, 2008, p. 42).

Ora, a realidade do cancro da mama, bem como o medo da morte, as alterações ocorridas na imagem corporal e o medo da rejeitada, criam diversos problemas de adaptação para a mulher, uma vez que, como aqui vem sendo referido, as mamas são para as mulheres um símbolo de feminilidade e estão relacionadas com a atratividade e o desejo sexual (Azevedo et al., 1995). Aliás, “a adaptação a uma nova imagem corporal tem, sobretudo, quatro vertentes distintas: a autoimagem feminina, a imagem do parceiro relativamente a ela, a imagem que a mulher percebe que o companheiro tem dela e a imagem na vivência sexual” (Amorim, 2007, p. 99).

Também a cirurgia e a radioterapia podem provocar dor ou sensibilidade na mama e a quimioterapia, pode reduzir a atividade sexual. Decorrente do tratamento por hormonoterapia e quimioterapia, podem surgir efeitos como secura vaginal e outros sintomas semelhantes aos da menopausa, que podem provocar dor durante as relações sexuais (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Salientando-se igualmente, que os efeitos secundários, bem como os tratamentos realizados, podem afetar o humor e interesse sexual. É por todas as razões que foram apontadas, que a libido das mulheres que são submetidas a quimioterapia se encontra completamente alterada (Ogden, 2004). Embora se verifique estatisticamente, a par da evolução dos métodos de tratamento e diagnóstico precoce, uma diminuição significativa da taxa de mortalidade (Paiva et al., 2013), não deve transparecer a ideia de que a experiência e a vivência do cancro da mama seja algo fácil.

Se na relação conjugal existe afetividade, o casal pode superar a situação de forma gradual e a relação pode até fortalecer-se, contudo, “o espectro da rejeição pelo companheiro da sua nova



imagem corporal cria-lhe angústia e medos que as leva a desejarem rapidamente pôr uma prótese. Os efeitos secundários dos tratamentos (quimioterapia e radioterapia) adjuvantes à cirurgia podem também causar mal-estar no relacionamento do casal” (Amorim, 2007, p. 99).

Através do estudo realizado, Remondes-Costa, Jimenéz e Pais-Ribeiro (2012), ao investigarem a imagem corporal, a sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama, concluíram que a sexualidade é uma variável importante na saúde e na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, realçando a importância do estudo da sexualidade enquanto dimensão da saúde e da qualidade de vida no adoecer do cancro da mama.

Na sua investigação sobre a sexualidade nas mulheres mastectomizadas, Barbosa (2008) conclui que 93% das participantes inquiridas receberam apoio do companheiro ao longo de todo o processo e apesar do receio face à reação do companheiro mediante as alterações ocorridas, além do apoio proporcionado também a proximidade ajudou a ultrapassar esta fase difícil. Desta forma, a atitude do parceiro revela-se um fator que tem impacto na relação da mulher com o próprio corpo e no modo como vive a sua sexualidade. No que respeita à relação conjugal, para 80% das mulheres esta não foi afetada, mas para 20% das mulheres o relacionamento com o parceiro sofreu alterações. Uma vez que já aqui se falou do significado da mama para a mulher, ainda no mesmo estudo, Barbosa (2008) conclui que para 93% das mulheres que constituíam a amostra, a mama é um símbolo fundamental na sensualidade da mulher.

Também no estudo realizado sobre o impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos de Patrão (2007, p. 117), a investigadora conclui “ao longo do tempo ao longo do tempo vão sentindo mais apoio da sua família, desenvolvem estratégias de *coping* mais adaptadas, apesar de percecionarem o seu estado de saúde global num nível inferior, bem como a sua imagem corporal. Para além disso, estas mulheres diminuíram o controlo da ansiedade e os níveis de neuroticismo”.

Desta forma, a intimidade do casal, durante e depois dos tratamentos, é muito importante para a mulher, neste sentido, destaque-se a importância de uma boa comunicação para auxiliar o parceiro a lidar com as mudanças ocorridas na vida sexual, podendo até o processo comunicacional auxiliar na consolidação da intimidade emocional e aproximar o casal. O impacto que a vivência do cancro da mama pode ter na mulher, vai depender do tipo de cancro, do tipo de tratamento, do apoio familiar e social que tem, no entanto, na mulher ficam marcas profundas às quais tem que se adaptar. De acordo com Amorim (2007, p. 100), a mulher submetida à mastectomia “parece assim, viver permanentemente num estado de insegurança latente acerca da aceitação por parte do cônjuge e o grau de desejo que ainda pode criar nele. O medo de retomar a vida sexual está frequentemente presente por medo das alterações na partilha do prazer associado à dor física, podendo mesmo chegar à rejeição do cônjuge na partilha do leito conjugal”. A atitude e a forma como o parceiro encara a doença e lida com ela

é crucial, daí que a cumplicidade, a preocupação e o acompanhamento deste, seja fundamental para a mulher. A comunicação e o diálogo são cruciais, não só para o parceiro ter conhecimento das preocupações, dos medos e dos sentimentos da mulher e poder apoiá-la da melhor forma possível, como o próprio parceiro também pode expor as suas dúvidas, medos e assim, enfrentarem esta doença em conjunto e em harmonia. Cada mulher constrói a sua autoimagem e o seu autoconceito, sendo-lhe permitido, em conjunto com outros fatores, ultrapassar a perda da mama, que não poderá ser recuperada, mas que pode ser reconstruída (Biázus & Zucatto, 2005).

Dada a proximidade dos aspetos psicoemocionais com os aspetos sexuais enfatizamos o modo como a experiência de cancro mamário, tal como é corroborado pela investigação que pesquisámos detalhadamente, tem um impacto significativo na intimidade da mulher.

## PARTE II - CORPO EMPÍRICO

### Capítulo 6. Apresentação do estudo

#### 6.1. Objetivos e tipologia

No presente trabalho, o objetivo principal consistiu em avaliar o impacto da mastectomia na intimidade de mulheres submetidas a cirurgia (mastectomia radical ou conservadora). Ou seja, passou por conhecer o modo como mulheres com história e vivência do cancro da mama avaliaram a dimensão da sua vida íntima, após terem sido submetidas à mastectomia radical comparativamente a mulheres submetidas à mastectomia conservadora e a mulheres sem intervenção cirúrgica mamária (grupo de controlo).

O conceito de intimidade sexual pode estar carregado de polissemia, o que nos leva a esclarecer que o mesmo pode ser entendido de diferentes modos, tal é a sua natureza multidimensional. No entanto, optámos por esta designação para acomodar a possibilidade de introduzir medidas específicas, que se poderão compreender nos objetivos específicos descritos a seguir.

Como objetivos específicos, identificaram-se os seguintes entre mulheres com patologia mamária submetidas a cirurgia conservadora vs radical e sem cirurgia:

- Descrever características sócio-demográficas, nomeadamente: idade, estado civil, habilitações literárias, número de filhos, religião, antecedentes clínicos ou história ginecológica.
- Descrever hábitos de vigilância de saúde, características do diagnóstico e tratamentos.
- Avaliar quais os sentimentos perante o diagnóstico de doença.
- Descrever quais as informações que as mulheres dizem ter sido prestados pelo médico.
- Caracterizar aspetos associados à vida íntima das mulheres (por ex: orientação sexual, atividade sexual, etc.)
- Avaliar o impacto do tratamento mamário.
- Avaliar os níveis de Qualidade de Vida nas diferentes dimensões que a constituem.
- Avaliar a qualidade da relação com o corpo.
- Avaliar a Imagem corporal.
- Avaliar os níveis de autoestima.
- Avaliar os níveis de satisfação sexual.
- Determinar o grau de associação entre as diversas medidas utilizadas.

O presente estudo observacional-descritivo, na medida em que pretende descrever como é que se comportam os dados nas amostras estudadas. Assume-se como Quasi-experimental na medida em que são estabelecidos grupos de comparação com o intuito de avaliar diferenças nas pontuações obtidas para cada grupo. Relativamente ao *design* temporal trata-se de um estudo transversal na medida em que os dados foram recolhidos num único momento temporal.

## Capítulo 7. Método

A recolha de dados decorreu de forma prospetiva, entre agosto de 2011 e junho de 2012 (período de recrutamento de 11 meses), no Serviço de Cirurgia II do Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Pólo Hospital de Santa Maria. Para tal, foi necessário solicitar, previamente à condução do estudo, um pedido de autorização para recolha de dados junto de mulheres no Serviço de Cirurgia II (com a permanência da investigadora deste projeto em horário estipulado) ao Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria (Anexo I).

### 7.1 Participantes

Neste estudo, as participantes foram selecionadas através de amostragem não probabilística (em que há uma escolha deliberada dos elementos que irão compor a amostra) e intencional (em que os elementos que farão parte da amostra são escolhidos intencionalmente pelo pesquisador, dentro de determinados critérios, como por exemplo, por pertencer a um determinado grupo julgado como sendo de interesse pelo pesquisador). O principal objetivo para a utilização deste tipo de amostragem consistiu no facto de serem necessárias amostras para os três grupos em estudo, de modo a viabilizar comparações estatísticas exploratórias entre os mesmos.

Os convites à participação de mulheres para este estudo foram efetuados diretamente pela investigadora no Serviço de Cirurgia II do Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Pólo Hospital de Santa Maria, em horário pré-definido em conjunto com o hospital. Após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, as mulheres abordadas pela investigadora neste serviço, e que aceitaram participar neste estudo, foram sendo incluídas de forma consecutiva, de acordo com as suas características, num dos três grupos em estudo. Foram abordadas mulheres que se dirigiam especificamente a consultas médicas neste serviço (devido a cirurgia prévia) e mulheres sem história clínica que se encontravam no mesmo local, nomeadamente familiares e acompanhantes. Foram respeitadas todas as questões éticas utilizadas neste tipo de estudos, nomeadamente a garantia da confidencialidade e consentimento informado (Anexo II).

Apesar de não se ter adotado uma regra sistemática de emparelhamento, numa tentativa de se homogeneizar as características das mastectomizadas com o grupo controlo, fez-se a inclusão dos elementos no grupo controlo de modo a, tanto quanto possível, minimizar as diferenças face ao que era observado na idade e habilitações literárias das mastectomizadas. À *posteriori* confirmou-se a homogeneidade entre estes grupos aquando da análise estatística.

A amostra total deste estudo é constituída por 90 participantes do sexo feminino, subdivididas em 3 grupos: 30 mulheres submetidas a mastectomia radical, 30 mulheres submetidas a mastectomia conservadora e 30 mulheres sem patologia oncológica e sem história de intervenção cirúrgica mamária que foram consideradas como o grupo controlo.

Consideraram-se como critérios de inclusão para o grupo das mastectomizadas:

- Mulheres submetidas a mastectomia (radical ou parcial) cuja patologia de base tenha sido a neoplasia maligna da mama;
- Idade igual ou superior a 30 anos à data da cirurgia;
- Idade máxima de 65 anos à data de entrada no estudo;
- Que não tivessem sido sujeitas a reconstrução mamária imediata;
- Com terapêutica complementar de radio-quimioterapia terminada há pelo menos 6 meses;
- Que estivessem livres de doença neoplásica;
- Com vida sexual ativa;
- Que respondessem aberta e voluntariamente ao questionário;
- Com capacidade e interesse em participar no estudo;
- Que tenham dado o seu consentimento informado assinado e datado.

Consideraram-se como critérios de exclusão para o grupo das mastectomizadas:

- Questionários parcialmente respondidos.

Consideraram-se como critérios de inclusão para o grupo dos controlos:

- Idade compreendida entre os 30 e os 65 anos inclusive;
- Sem história de cancro da mama e sem história de intervenção cirúrgica mamária;
- Que respondessem aberta e voluntariamente ao questionário;
- Com capacidade e interesse em participar no estudo;
- Que tenham dado o seu consentimento informado assinado e datado (Anexo II);
- Com vida sexual ativa.

Foram excluídos deste grupo, as mulheres que tivessem questionários parcialmente respondidos. À data da aplicação do questionário do estudo, a idade das participantes variava entre os 33 e os 65 anos, com uma média de 54 anos. Das mulheres que compõem a amostra, a maioria, que representa cerca 44.4%, situa-se entre os 50 e os 59 anos de idade. As restantes participantes distribuíram-se equitativamente pela classe etária abaixo dos 50 anos e igual ou superior a 60 anos.

Relativamente à etnia, a quase totalidade da amostra era caucasiana (92.6%). Verificou-se ainda que a maioria das participantes era casada ou vivia em união de facto, tanto à data do preenchimento do questionário (89.7%) como aquando do momento da cirurgia (87.3%). As

habilitações literárias das participantes variaram entre o ensino básico e o pós-doutoramento, constatando-se que aproximadamente dois terços da amostra tinham um nível de escolaridade igual ou superior ao 9º ano (atual escolaridade mínima obrigatória). Aquando da inclusão no estudo, a maioria das participantes encontrava-se profissionalmente ativa (77.8% como trabalhadores por conta de outrem) e apenas 6.3% referiu encontrar-se desempregada. A quase totalidade das participantes recrutadas para este estudo encontrava-se residente na zona de Lisboa (91.3%), não se tendo incluído participantes das regiões do Norte e Algarve. A vasta maioria das mulheres incluídas neste estudo referiu ter filhos biológicos. Aproximadamente dois terços das participantes afirmaram ser religiosas, das quais dois terços referiram ser praticantes. Dado que um dos objetivos do trabalho era também descrever características sócio-demográficas destas doentes, apresentam-se estes dados no ponto 9.1.

Sem acesso aos Processos Clínicos das participantes, todas as informações clínicas a elas referentes e que utilizámos, foram-nos fornecidos pelo Dr. Artur Rocha, Interno de Cirurgia Geral que o Director do Serviço indigitou como nosso interlocutor, para este e outros domínios clínicos que se viessem a revelar úteis e convenientes para o desenvolvimento do trabalho.

## 7.2. Instrumentos

Os questionários do estudo encontram-se no Anexo III e Anexo IV. De um modo geral, as perguntas foram concebidas com o objetivo de se caracterizar demografica e socialmente as participantes, obtendo-se uma visão pormenorizada acerca da sua doença, de facilitar a análise da sua perceção em relação à satisfação sexual em comparação com a forma como a percecionavam antes da cirurgia, de possibilitarem a análise da relação com o corpo e imagem, e o impacto da cirurgia à mama nestas mulheres. Após o término da elaboração do questionário foi necessário efetuar um pré-teste em 10 mulheres com o intuito de avaliar a compreensão e facilidade de preenchimento do mesmo, tal como o tempo necessário à sua aplicação.

Relativamente à caracterização sócio-demográfica, as participantes foram questionadas acerca da idade, localidade de residência, nível de escolaridade, situação conjugal antes da cirurgia à mama e atual, número de filhos, situação profissional e condição perante o trabalho atual. Pretendeu-se ainda caracterizar a situação perante a doença questionando as mulheres da amostra sobre o tipo de cirurgia a que foram sujeitas, as complicações decorrentes da cirurgia, os tratamentos a que estavam a ser ou foram submetidas e o tempo decorrente da cirurgia. É de realçar que a pergunta relativa ao tipo de intervenção cirúrgica à mama foi respondida pelo médico, evitando o risco de desconhecimento por parte de quem respondeu ao questionário, pois, não era esperado que as participantes conhecessem os termos técnicos atribuídos à sua cirurgia. Na última parte do questionário foram consideradas várias escalas, com tradução disponível para a língua portuguesa, nomeadamente escala de impacto do tratamento mamário,

*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30)*, *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-BR23)*, escala de imagem corporal/relação com o corpo, escala de imagem corporal, escala de autoestima e índice de satisfação sexual (ver Anexo III).

Seguidamente descrevem-se cada uma das escalas incluídas no questionário do estudo. A inclusão destas escalas no questionário foi apenas considerada após solicitação de autorização pela investigadora e posterior aceitação por parte dos autores para a sua utilização no âmbito deste projeto de investigação.

### 7.2.1. Escala de impacto do tratamento mamário (Frierson, 2006)

A Escala de Impacto do Tratamento Mamário foi desenvolvida por Frierson (2006) com o objetivo de avaliar o impacto vivenciado pela mulher relativamente ao tratamento mamário. Esta escala pode ser utilizada para avaliar sentimentos, pensamentos ou outras situações que as mulheres podem experienciar como resultado do tratamento mamário.

Esta escala é constituída por 13 itens, em que cada item é avaliado numa escala de 4 pontos (0 = Nunca, 1 = Raramente, 3 = Às vezes, e 5 = Frequentemente). Os 13 itens da escala são somados de modo a perfazer uma pontuação total que poderá variar entre 0 a 65. As pontuações mais altas indicam maior *stress* associado à alteração corporal. As situações apresentadas na presente escala referem-se ao momento atual, no qual a participante se encontra a preencher a escala.

Nesta escala, as respostas das mulheres relativas às suas alterações ao nível mamário são conceptualizadas como reações de *stress*. Alternativamente à imagem corporal, esta escala oferece a vantagem de captar fenómenos clínicos comuns, como a preocupação das mulheres em serem vistas nuas (*“Sinto-me constrangida quando mostro a cicatriz ao meu companheiro”*), pensamentos intrusivos (*“Penso como era o meu corpo antes do tratamento”*), afastamento (*“Evito pensar...”*), infelicidade em ver os seus corpos alterados (*“Tenho emoções muito fortes...”*, *“Evito pensar nas mudanças que sofreram os meus seios”*) e a permanência das mudanças (*“Lembro-me da minha cicatriz ao escolher roupa para vestir”*).

Relativamente à consistência interna dos itens que compõem a escala, obteve-se um alfa de Cronbach de 0.95, calculado para o total da amostra incluída neste estudo, revelando que esta escala apresenta uma consistência interna excelente.



### 7.2.2. Questionário EORTC QLQ-C30 (Aaronson, 1993)

O questionário EORTC QLQ-C30 (versão 3.0) foi desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (Aaronson, 1993) para avaliar a qualidade de vida de doentes com cancro. É um instrumento patenteado, traduzido e validado para 81 línguas, nomeadamente para a língua portuguesa de Portugal. A versão portuguesa deste questionário foi validada por Pais-Ribeiro (2008). Este questionário é composto por 30 questões que se agrupam em cinco escalas de funcionalidade (física, de desempenho, cognitiva, emocional e social), três escalas sintomáticas (fadiga, dor, e náusea/vómitos), o estado global de saúde e qualidade de vida, e vários itens que avaliam sintomas frequentemente reportados por doentes com cancro (dispneia, perda de apetite, insónia, obstipação e diarreia) e impacto da doença a nível económico.

Todas as escalas e as medidas de um único item variam entre 0 e 100. Quanto maior a pontuação, maior o nível de resposta. Assim, uma maior pontuação numa escala funcional indicará um maior (mais saudável) nível de funcionalidade, uma maior pontuação no estado global de saúde representará melhor qualidade de vida enquanto uma maior pontuação numa escala de sintomas representará um maior nível de sintomatologia/problemas.

O método para se obter uma pontuação em cada uma destas escalas é idêntico: (1) Estimar a média dos itens que contribuem para determinada escala em cada indivíduo; (2) Utilizar uma transformação linear para estandardizar esses valores para que os mesmos passem a variar entre 0 e 100; uma pontuação mais elevada representa um maior ("melhor") nível de funcionalidade, ou um maior ("pior") nível de sintomatologia.

De acordo com Pais-Ribeiro (2008), as escalas constituídas por múltiplos itens (funcionalidade e sintomáticas) apresentaram alfas de Cronbach que variaram entre 0.57 e 0.88. A partir da amostra total do nosso estudo, a consistência interna calculada entre os itens que constituem cada uma das escalas variaram entre 0.60 e 0.93, mostrando-se assim similares à do estudo de Pais-Ribeiro (2008).

### 7.2.3. Questionário EORTC QLQ-BR23 (Sprangers, 1996)

O questionário EORTC QLQ-BR23 (versão 1.0) constitui um módulo adicional à escala EORTC QLQ-C30 e que foi desenvolvido especificamente para o cancro da mama pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (Sprangers, 1996). Este questionário foi traduzido para a língua portuguesa (Portugal) pelo EORTC e incorpora 5 escalas constituídas por

múltiplos itens para avaliar eventos adversos relacionados com a terapêutica, sintomas nos braços, sintomas na mama, imagem corporal e funcionalidade sexual. Adicionalmente, itens individuais avaliam a satisfação sexual, perda de cabelo e a perspetiva futura da mulher. O método para se obter as pontuações das escalas do QLQ-BR23 é idêntico ao descrito anteriormente para as escalas de funcionalidade e sintomas individuais da escala EORTC QLQ-C30.

O alfa de Cronbach obtido para as escalas constituídas por múltiplos itens variou entre 0.66 a 0.93, o que revela uma consistência interna moderada a excelente entre os itens que constituem estas mesmas escalas.

#### 7.2.4. Escala de imagem corporal relação com o corpo (Palhinhas, 2000)

A escala de imagem corporal “Como me relaciono com o meu corpo” foi adaptada para a língua portuguesa por Palhinhas (2000) com base na escala *Body Image Scale* de Hopwood (1993). A escala de imagem corporal/relação com o corpo pretende avaliar a imagem corporal da mulher de duas formas: o corpo pré-mórbido (i.e., o valor atribuído ao corpo no geral, doente ou não) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente). Cada um destes dois questionários é constituído por 7 itens em que cada item é avaliado numa escala de 4 pontos (0 = Não concordo, 1 = Concordo pouco, 2 = Concordo moderadamente, e 3 = Concordo bastante). Os 7 itens são, posteriormente, somados obtendo-se uma pontuação total que poderá variar entre 0 (zero) e 21. Uma pontuação total igual a 0 representa a inexistência de sintomas enquanto pontuações mais elevadas indicam a existência de sintomas.

Os valores do alfa de Cronbach, obtidos a partir da amostra total, foram de 0.78 e de 0.94 para a relação com o corpo pré-mórbido e relação com o corpo mórbido, o que indica uma consistência interna boa e excelente, respetivamente.

#### 7.2.5. Escala de Imagem Corporal (Hopwood, 2001)

Esta escala foi desenvolvida por Hopwood (2001), com o objetivo de avaliar a imagem corporal resultante dos tratamentos do cancro. A imagem corporal é um importante ponto de referência na avaliação da qualidade de vida, dado que do tratamento do cancro poderão decorrer grandes alterações na aparência das mulheres submetidas a cirurgia, em efeitos tardios da radioterapia ou reações adversas do tratamento sistémico.

Esta escala avalia as preocupações relacionadas com a imagem corporal em doentes oncológicos, independentemente do tipo e localização do cancro e do seu tratamento. É constituída por 10 questões, que englobam itens “afetivos” (e.g. sentimento de feminilidade), “comportamentais” (e.g. dificuldade em olhar para o próprio corpo, nu) e “cognitivos” (e.g. insatisfação com a aparência ou com a cicatriz). Cada item é avaliado numa escala de 4 pontos - 0 (*nunca*), 1 (raramente), 2 (às vezes) e 3 (frequentemente) - variando a pontuação total entre 0 e 30, sendo que pontuações totais de zero representam nenhum sintoma e pontuações mais elevadas, maior número de sintomas. O horizonte temporal refere-se à última semana.

A escala foi construída e testada em colaboração com a organização europeia para a pesquisa e tratamento do cancro (EORTC). Esta escala aborda aspetos centrados em questões sobre como a mulher se sente em relação ao seu aspeto e em relação a qualquer alteração que tenha ocorrido como resultado da doença ou do tratamento. Sentimentos de constrangimento, menor atratividade física e menor atratividade sexual, isolamento social, insatisfação com o corpo e com a cicatriz são algumas situações verificadas na vivência experienciada pela mulher mastectomizada e, que de alguma forma permite avaliar a qualidade de vida percecionada. O alfa de Cronbach obtido para a amostra total ( $\alpha = 0.95$ ) revela que esta escala apresenta uma consistência interna excelente.

#### 7.2.6. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

A escala de autoestima de Rosenberg (1965) foi desenvolvida originalmente para medir os sentimentos globais de auto estima e auto aceitação nos adolescentes, e é geralmente considerada padrão contra outras medidas de auto estima que lhe são comparadas.

Esta escala permite avaliar de que modo a mulher se vê a si própria após ter sido submetida à mastectomia e outros tratamentos. Aborda aspetos centrados na autoestima da mulher, a qual, concorda ou não com questões como, a satisfação ou não que tem consigo mesma, o ter ou não qualidades boas, o ter ou não motivos de que se orgulhar, o sentir-se ou não uma inútil, o ter ou não respeito por si própria, o assumir ou não uma atitude positiva para consigo mesma. Quando questionada a mulher consegue transmitir se a sua autoestima é positiva ou não.

Esta escala é constituída por 10 itens (uns com valência positiva e outros com valência negativa) que são pontuados através de 5 respostas variando entre discordo totalmente e concordo totalmente.

Para se obter uma pontuação total, é necessário considerar-se as seguintes pontuações:

- Para os itens 1, 3, 4, 7, 10: Concorde totalmente=4, Concorde parcialmente=3, Indiferente=2, Discordo parcialmente=1 e Discordo totalmente=0;

- Para os itens 2, 5, 6, 8, 9: Concordo totalmente=0, Concordo parcialmente=1, Indiferente=2, Discordo parcialmente=3 e Discordo totalmente=4.

A soma destes itens varia de 0-40, sendo que quanto maior a pontuação maior o nível de autoestima. O alfa de Cronbach obtido para a amostra total foi de 0.89, o que revela uma boa consistência interna entre os itens que constituem esta escala.

### 7.2.7. Índice de Satisfação Sexual (Cardoso, 1994)

Esta escala permite avaliar o nível de satisfação/insatisfação sexual no contexto do relacionamento de casal. Foi criada originalmente por Hudson em 1974, com tradução e adaptação para a língua portuguesa por Cardoso (1994). Esta escala mede os sentimentos do indivíduo quanto a um número de comportamentos, atitudes, eventos, estados afetivos, e preferências que estão associados ao relacionamento sexual entre parceiros.

Esta escala é constituída por 25 itens (uns com valência positiva e outros com valência negativa), cujas respostas variam entre: Raramente ou Nunca, Poucas vezes, Algumas vezes, Bastantes vezes e Habitualmente ou sempre. A pontuação de cada item varia entre 1 e 5, sendo que 1 corresponde à resposta “Raramente” e 5 à resposta “Habitualmente ou sempre” (ou o inverso nos itens de valência positiva).

Quanto à cotação, os itens de valência positiva 1, 2, 3, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22 e 23 devem em primeiro lugar ser revertidos pela subtração da resposta do item a  $K+1$ , em que  $K$  é o número de categorias de resposta da escala de cotação. Depois de fazer todas as reversões de item apropriadas, deve-se calcular a pontuação total através da fórmula  $S = (\sum X_i N) (100) / [(K+1)N]$ , em que  $X$  é a resposta a um item,  $i$  é o item,  $K$  é o número de categorias de resposta, e  $N$  é o número de itens devidamente completados. As pontuações totais são válidas mesmo existindo valores em falta (itens omitidos) desde que o respondente tenha completado pelo menos 80% dos itens. O efeito da fórmula corresponde à substituição dos valores omissos pelo valor média das respostas dadas aos restantes itens para que as pontuações variem entre 0 a 100 independentemente do valor de  $N$ . Pontuações mais altas indicam maiores níveis de insatisfação sexual.

Relativamente à correlação entre os itens que constituem esta escala, considerando a amostra total, obteve-se um alfa de Cronbach de 0.90 para o índice de satisfação sexual no momento atual e de 0.86 previamente à cirurgia, revelando que ambas as escalas apresentam uma boa consistência interna.

A Tabela 1 sumaria as características de cada uma das escalas descritas anteriormente, nomeadamente o número de itens, a direção das respostas, codificação das pontuações, variação da pontuação total e a interpretação da pontuação total.

Tabela 1 - Descrição das escalas utilizadas

Escola	Nº itens	Direção das questões	Codificação das respostas para cálculo da pontuação total	Pontuação total	Interpretação	Consistência interna
Escola de impacto do tratamento mamário (Frierson, 2006)	13	Negativas	0=Nunca, 1=Raramente, 3=Às vezes, 5=Freqüentemente	0-65 (melhor-pior)	Quanto maior a pontuação, maior o stress na alteração corporal	$\alpha = 0.95$
EORTC QLQ-C30 (Aaronson, 1993)	28	Negativas	1=Não, 2=Um pouco, 3=Bastante, 4=Muito	0-100 (pior-melhor)	Quanto maior, melhor a qualidade de vida	$\alpha = 0.60$ a $\alpha = 0.93$
	1	Positiva	1=Péssima a 7=Ótima			
	1	Positiva	1=Péssima a 7=Ótima			
EORTC QLQ-BR23 (Sprangers, 1996)	20	Negativas	1=Não, 2=Um pouco, 3=Bastante, 4=Muito			$\alpha = 0.66$ a $\alpha = 0.93$
	3	Positivas	1=Não, 2=Um pouco, 3=Bastante, 4=Muito			
Imagem corporal/relação com o corpo (Palhinas, 2000)	7	Positivas	0=Concordo bastante 1=Concordo moderadamente 2=Concordo pouco 3=Não concordo	0-21 (melhor-pior)	Quanto maior a pontuação, maior número de sintomas	$\alpha = 0.78$ - corpo pré-mórbido
	7	Negativas	0= Não concordo 1= Concordo pouco 2= Concordo moderadamente 3= Concordo bastante	0-21 (melhor-pior)	Quanto maior a pontuação, maior número de sintomas	$\alpha = 0.94$ - corpo mórbido
Imagem corporal (Hopwood, 2001)	10	Negativas	0=Nunca 1=Raramente 2=Às vezes 3=Freqüentemente	0-30 (melhor-pior)	Quanto maior a pontuação, maior número de sintomas	$\alpha = 0.95$
Autoestima (Rosenberg, 1965)	5	Negativas	0=Concordo totalmente 1=Concordo parcialmente 2=Indiferente 3=Discordo parcialmente 4=Discordo totalmente	0-40 (pior-melhor)	Quanto maior a pontuação, maior o nível de autoestima	$\alpha = 0.89$
	5	Positivas	0=Discordo totalmente 1=Discordo parcialmente 2=Indiferente 3=Concordo parcialmente 4=Concordo totalmente			

Tabela 1 (cont.) - Descrição das escalas utilizadas

Escala	Nº itens	Direção das questões	Codificação das respostas para cálculo da pontuação total	Pontuação total	Interpretação	Consistência interna
Índice de satisfação sexual (Cardoso, 1994)	12	Negativas	1=Habitualmente 2=Bastantes vezes 3=Algumas vezes 4=Poucas vezes 5=Raramente/nunca	0-100 (pior-melhor)	Quanto maior a pontuação, maior o nível insatisfação sexual	$\alpha = 0.90$ - no momento atual; $\alpha = 0.86$ - previamente à cirurgia
	13	Positivas	1=Raramente/nunca 2=Poucas vezes 3=Algumas vezes 4=Bastantes vezes 5=Habitualmente			

### 7.3 Procedimentos

O processo de recolha de dados decorreu entre agosto de 2011 e junho de 2012, no Serviço de Cirurgia II do Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Pólo Hospital de Santa Maria após aprovação do estudo pelo Conselho de Administração deste hospital. Para a recolha dos dados relevantes, utilizou-se um questionário em papel desenhado especificamente para este estudo, constituído por um módulo com questões dirigidas à participante (ver Anexo III) e um módulo dirigido ao médico assistente da participante (a ser preenchido quando aplicável) (ver Anexo IV).

Solicitou-se a cada uma das participantes, após a assinatura do consentimento informado, que procedesse ao autopreenchimento do questionário individualmente. Salientou-se junto de cada participante que a informação recolhida seria confidencial e seria mantido o anonimato da mesma. Foi assumido o comprometimento relativo à salvaguarda e proteção dos princípios éticos fundamentais para o Ser Humano, o direito à autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo, e a um tratamento equitativo. De modo a manter-se a confidencialidade do questionário, apenas se solicitou às participantes que indicassem as iniciais dos seus nomes.

O preenchimento do questionário foi realizado em sala própria, de modo a assegurar a privacidade e condições físicas adequadas à participante. Foi disponibilizado apoio no esclarecimento de dúvidas, pela investigadora do projeto, desde que solicitado. No final do preenchimento, foi indicado à participante que colocasse o seu questionário num envelope, juntamente com outros já preenchidos, sem nenhuma ordem específica (de modo a que participante se sentisse confortável e segura da sua privacidade/confidencialidade). O preenchimento do questionário não foi alvo de supervisionamento no momento da entrega do questionário (por uma questão de privacidade e confidencialidade das respostas), não se tendo

procedido a uma verificação *in loco* de não respostas por parte das participantes. Esta verificação (e consequente exclusão de questionários por preenchimento insuficiente/inadequado) foi efetuada *à posteriori* no final da recolha diária.

Não foi imposta nenhuma limitação no tempo para o preenchimento do questionário. Embora não se tenha procedido à recolha dos tempos de preenchimento dos questionários por cada participante, constatou-se que o preenchimento de cada questionário demorou entre 1 a 2 horas. Posteriormente, solicitou-se ao médico assistente que efetuasse o preenchimento do segundo módulo do questionário (quando aplicável) para caracterização da situação clínica da participante.





## Capítulo 8. Metodologia Estatística

Dado o carácter exploratório deste estudo, não se procederam a cálculos formais para a definição da dimensão da amostra. Optou-se assim por assumir, inicialmente, a inclusão de todas as mulheres que aceitassem participar no estudo, durante um período de recrutamento de 11 meses. Todavia, constatou-se após os primeiros meses de colheita de dados, a existência de dificuldades no recrutamento de participantes (taxa de recrutamento consideravelmente inferior à expectável inicialmente), maioritariamente devido ao tema da sexualidade que é abordado neste estudo.

De facto, é de salientar que, no decorrer da recolha de dados, foram excluídos um total de 110 questionários relativos a mulheres mastectomizadas, devido a um preenchimento insuficiente do questionário, nomeadamente no que concerne às questões relacionadas com a sexualidade. Nesse sentido, efetuou-se um reforço em termos de recrutamento, definindo-se como objetivo alcançar uma amostra mínima de 30 participantes por grupo.

Os dados dos 90 questionários foram informatizados em Microsoft Access 2010, tendo-se efetuado posteriormente uma verificação do conteúdo dos valores contidos em cada um dos campos da base de dados e das respostas dadas entre questões dependentes.

A análise estatística dos dados foi efetuada através do programa estatístico Statistical Program for Social Sciences (SPSS) (IBM Corp. 2012. IBM SPSS Statistics para Windows, Versão 21.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Todas as variáveis recolhidas foram sumariadas através de estatísticas descritivas nomeadamente:

- Variáveis numéricas (quantitativas) - média, mediana, desvio padrão (DP), mínimo e máximo;
- Variáveis categóricas (qualitativas) - frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Excecionalmente, as pontuações obtidas em cada uma das questões das escalas aplicadas foram descritas simultaneamente como variáveis numéricas e como variáveis categóricas. Foram ainda construídos gráficos de barras que representam a pontuação média obtida em cada uma das questões contidas nas escalas analisadas.

Dada a dimensão amostral de cada grupo, a natureza das variáveis que representam a pontuação total de cada escala, e a rejeição da hipótese de normalidade (testada através do teste de Shapiro-Wilk, para amostras de dimensão inferior a 50), optaram-se por métodos inferenciais não paramétricos nas comparações entre grupos.

Para a comparação de variáveis numéricas independentes entre os três grupos utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Na comparação de variáveis numéricas independentes entre dois grupos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. As comparações exploratórias entre pares de grupos foram conduzidas na presença de um valor  $p < 0.05$  no teste de Kruskal-Wallis. Na comparação de escalas nos momentos pré e pós cirurgia (variáveis numéricas dependentes) utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon.

No estudo de associação entre variáveis categóricas recorreu-se ao teste do Qui-quadrado (QQ), que se considerou ser apenas válido quando menos de 20% das células apresentassem frequências esperadas inferiores a 5 (nos casos em que o pressuposto não se mostrou válido colocou-se nas tabelas estatísticas a referência a teste não aplicável - NA). Em alternativa ao teste do Qui-quadrado, em tabelas 2x2, recorreu-se ao teste exato de Fisher.

Uma vez que os grupos mostraram-se homogêneos relativamente às características sócio-demográficas, não se considerou ser necessário efetuar regressão linear para avaliar o efeito do grupo ajustado para potenciais fatores de confundimento. Para o estudo de correlação entre as pontuações obtidas nas escalas, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ ) e a sua significância estatística.

Os testes estatísticos bilaterais foram conduzidos assumindo-se um nível de significância de 0,05 (valor usualmente aceite para inferência estatística). Os valores  $p$ , considerados estatisticamente significativos, encontram-se nas tabelas de resultados referenciados por (\*) quando  $p < 0.05$  e por (\*\*) quando  $p < 0.001$ . As conclusões sobre os valores  $p$ , apresentados na secção dos resultados, deverão ser enunciadas de forma exploratória, uma vez que o estudo é de natureza exploratória, não se tendo procedido a cálculos formais para o dimensionamento da amostra.

Refira-se ainda que não se procedeu à substituição de dados omissos, com exceção no cálculo da pontuação total do índice de satisfação sexual. Os valores omissos (não respostas) não foram consideradas no cálculo das frequências absolutas e relativas e foram omitidos das tabelas estatísticas, para simplificação da apresentação dos resultados.

## Capítulo 9. Resultados

Antes de apresentarmos os resultados da nossa investigação, importa esclarecer que, de um modo geral, as participantes responderam adequadamente a todas as questões, com a observação de um número reduzido de não-respostas. As questões em que se verificou uma maior deficiência de preenchimento foram:

- Residência em meio urbano ou rural - número de respostas muito baixo e considerado como irrelevante para ser apresentado na análise estatística;
- Situação profissional - Aproximadamente um terço da amostra não respondeu a esta questão;
- Subtipo de cirurgia - Apenas foi assinalado em 5 casos se a mastectomia conservadora foi parcial ou tumorectomia.

### 9.1. Resultados das características sócio-demográficas e respectiva comparação entre grupos

Uma vez que se pretende comparar várias escalas associadas à relação com o corpo, imagem corporal, qualidade de vida e satisfação sexual entre os três grupos em estudo, torna-se fulcral avaliar se os mesmos são satisfatoriamente homogêneos quanto a características que possam ser considerados potenciais fatores de confundimento aquando da comparação de escalas de qualidade de vida e sexualidade entre grupos, nomeadamente a idade e o nível de escolaridade.

Na Tabela 2 descrevem-se as características das participantes incluídas em cada um dos grupos. Quanto à idade, verifica-se que as médias (e medianas) são consideravelmente próximas entre grupos, variando entre 53.3 anos (grupo controlo) e 55.1 anos (mastectomia radical), ou seja uma diferença máxima de aproximadamente 2 anos. Decorrente da análise dos desvios-padrão (Figura 1), conclui-se ainda que a variabilidade desta característica parece ser idêntica entre grupos. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos relativamente à idade ( $p=0.519$ ).

Tabela 2 - Características sócio-demográficas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
Idade, anos							
N	30		30		30		MC/MR/C: 0.519
Média (DP)	53.7 (7.5)		55.1 (7.5)		53.3 (7.4)		
Mediana (min-máx)	55 (33-64)		57 (40-65)		55 (40-65)		
Classe etária, n (%)							
<50 anos	6	20.0%	9	30.0%	11	36.7%	MC/MR/C: 0.281
50-59 anos	17	56.7%	10	33.3%	13	43.3%	
>=60 anos	7	23.3%	11	36.7%	6	20.0%	
Etnia, n (%)							
Caucasiana	26	92.9%	25	96.2%	24	88.9%	NA
Latino-americana	1	3.6%	1	3.8%	3	11.1%	
Asiática	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	
Estado civil, n (%)							
Solteira	1	3.3%	1	3.7%	2	6.7%	NA
Casada	23	76.7%	22	81.5%	25	83.3%	
Divorciada/separada	1	3.3%	1	3.7%	0	0.0%	
Viúva	1	3.3%	1	3.7%	0	0.0%	
União de facto	4	13.3%	1	3.7%	3	10.0%	
Outra	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%	
Estado civil à data da cirurgia, n (%)							
Solteira	1	3.3%	0	0.0%	2	6.7%	NA
Casada	22	73.3%	21	77.8%	24	80.0%	
Divorciada/separada	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	
Viúva	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%	
União de facto	3	10.0%	3	11.1%	3	10.0%	
Outra	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%	
Não respondeu	4	13.3%	1	3.7%	0	0.0%	
Habilitações literárias, n (%)							
1-4 anos	5	16.7%	10	34.5%	5	16.7%	NA
5-6 anos	1	3.3%	2	6.9%	0	0.0%	
7-9 anos	2	6.7%	5	17.2%	6	20.0%	
10-12 anos	12	40.0%	5	17.2%	6	20.0%	
Bacharelato	5	16.7%	0	0.0%	5	16.7%	
Licenciatura	4	13.3%	5	17.2%	7	23.3%	
Pós-graduação	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	
Mestrado	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%	
Pós-doutoramento	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	
<9º ano	8	22.2%	12	52.2%	10	33.3%	MC/MR/C: 0.060
9-12º ano	17	47.2%	5	21.7%	7	23.3%	
>=12º ano	11	30.6%	6	26.1%	13	43.3%	
Situação profissional, n (%)							
Por conta própria	2	9.1%	5	29.4%	3	12.5%	NA
Por conta de outrem	18	81.8%	10	58.8%	21	87.5%	
Desempregado	2	9.1%	2	11.8%	0	0.0%	
Zona de residência, n (%)							
Centro	2	8.0%	0	0.0%	1	4.5%	NA
Lisboa	22	88.0%	22	100.0%	19	86.4%	
Alentejo	1	4.0%	0	0.0%	2	9.1%	

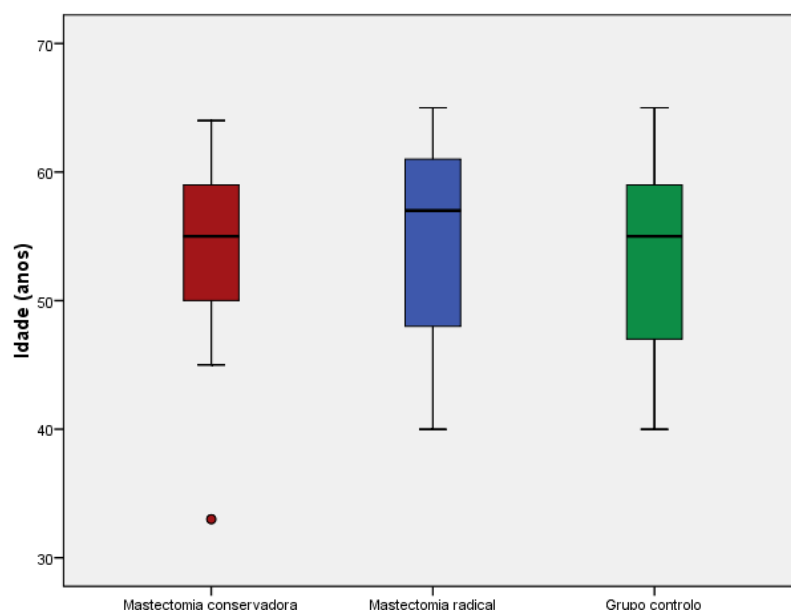


Figura 1 - Representação das *box-plots* relativas à idade das participantes

Paralelamente, considerando as classes etárias apresentadas na Tabela 2, é perceptível uma maior proporção de participantes com idade igual ou superior a 60 anos no grupo das mulheres submetidas a mastectomia radical comparativamente aos outros dois grupos (aproximadamente o dobro). No entanto, as diferenças foram igualmente consideradas como sendo estatisticamente não significativas ( $p=0.281$ ).

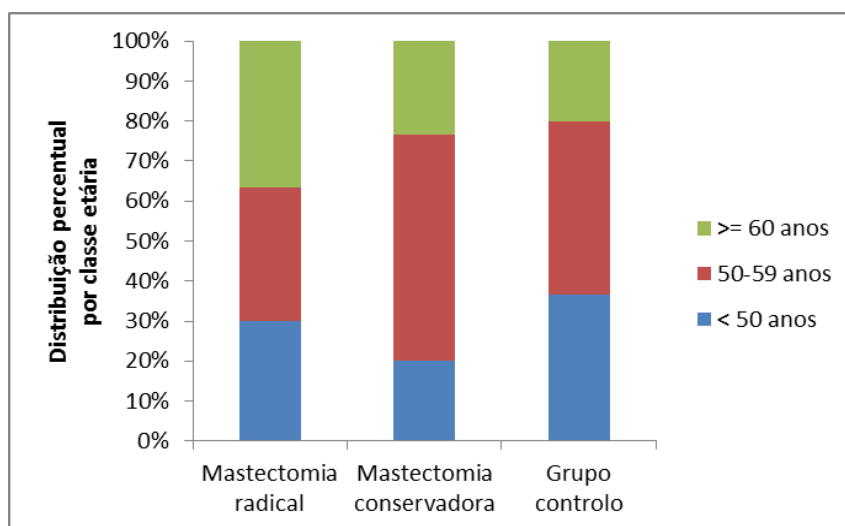


Figura 2 - Distribuição percentual das participantes por classe etária

De acordo com a Figura 3, as participantes submetidas a mastectomia radical referiram um menor nível de escolaridade do que as participantes incluídas nos outros dois grupos, refletido numa maior proporção de mulheres com um nível de escolaridade inferior ao mínimo obrigatório (52.2% versus 22.2% na mastectomia radical versus 33.3% no grupo controlo). Adicionalmente verifica-se que é no grupo controlo que existe a maior proporção de mulheres

que frequentaram o 12º ano ou o ensino superior. As diferenças entre grupos, relativamente ao nível de escolaridade, encontram-se no limiar na significância estatística ( $p=0.060$ ).

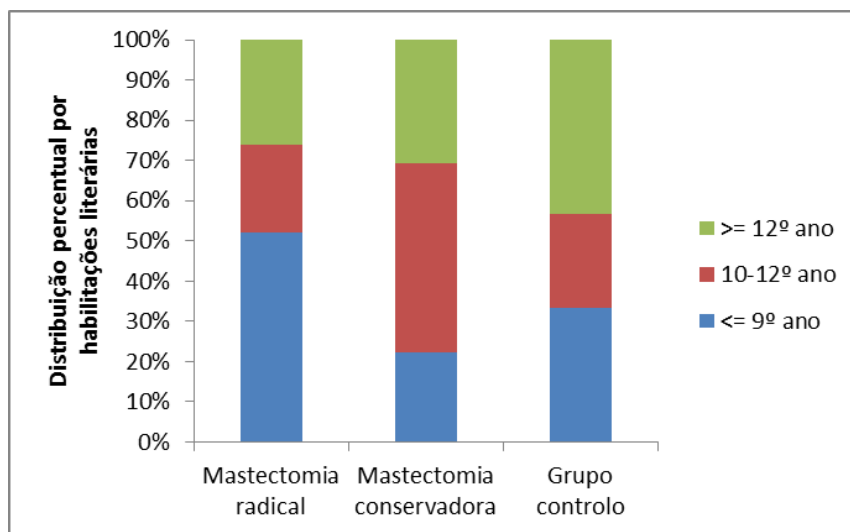


Figura 3 - Distribuição das participantes por habilitações literárias

Resta ainda referir que quanto à etnia, ao estado civil, à situação profissional e à zona de residência, as distribuições mostraram-se muito idênticas entre grupos com uma preponderância de caucasianos, mulheres casadas ou em união de facto, profissionalmente ativas (realce-se que quase metade das mulheres com mastectomia radical não tenha respondido a esta questão) e residentes na região de Lisboa, independentemente do grupo em estudo.

Concluiu-se assim que, de um modo geral, no que concerne às características sócio-demográficas, a idade e o nível de escolaridade serão os fatores em que se evidencia uma maior heterogeneidade entre os grupos (embora não estatisticamente significativa)

## 9.2. Filhos

A vasta maioria das mulheres incluídas neste estudo referiu ter filhos biológicos: 86.7% das mulheres submetidas a mastectomia radical, 93.3% das mulheres submetidas a mastectomia parcial e 96.7% das mulheres incluídas no grupo controlo (Tabela 3).

O número médio de filhos por mulher foi de 1.6 no grupo das mulheres com mastectomia radical, 1.8 nas mulheres com mastectomia conservadora e 2.0 no grupo controlo, não sendo as diferenças, entre os três grupos, estatisticamente significativas ( $p=0.605$ ). Observou-se que aproximadamente metade das mulheres participantes tinha dois filhos (cerca de 48%) e que 27.8% tinham um único filho. Apenas 3 (3.3%) mulheres referiram ter filhos adotados. As características aqui analisadas parecem ser semelhantes entre os três grupos em estudo.

Tabela 3 - Filhos

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
<b>Filhos biológicos, n (%)</b>							
Sim	28	93.3%	26	86.7%	29	96.7%	NA
Não	2	6.7%	4	13.3%	1	3.3%	
<b>Nº de filhos biológicos</b>							
N	30		30		30		MC/MR/C: 0.605
Média (DP)	1.8 (0.9)		1.6 (2.0)		2.0 (1.0)		
Mediana (min-máx)	2 (0-4)		2 (0-4)		2 (0-4)		
0	2	6.7%	4	13.3%	1	3.3%	NA
1	9	30.0%	6	20.0%	10	33.3%	
2	14	46.7%	18	60.0%	11	36.7%	
3	4	13.3%	1	3.3%	5	16.7%	
4	1	3.3%	1	3.3%	3	10.0%	
<b>Filhos adotados, n (%)</b>							
Sim	2	6.7%	0	0.0%	1	3.3%	NA
Não	28	93.3%	30	100.0%	29	96.7%	
<b>Nº de filhos adotados</b>							
N	2		0		1		NA
Média (DP)	1 (0)		-		2 (-)		
Mediana (min-máx)	1 (1-1)		-		2 (-)		

### 9.3. Religião

Da comparação entre grupos, conclui-se que a proporção de mulheres religiosas variou de 58.6% (mastectomia radical) a 70.0% (grupo controlo), não sendo esta, uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0.657$ ). Todavia, ao avaliar-se a proporção de praticantes entre os três grupos verifica-se existir uma marcada assimetria, em que apenas 33.3% das mulheres mastectomizadas religiosas referem ser praticantes *versus* 66.7% na mastectomia conservadora *versus* 88.2% no grupo controlo ( $p=0.003$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 - Religião

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
<b>Religiosa, n (%)</b>							
Sim	19	63.3%	17	58.6%	21	70.0%	MC/MR/C: 0,657
Não	11	36.7%	12	41.4%	9	30,0%	
<b>Praticante, n (%)</b>							
Sim	14	66.7%	6	33.3%	15	88,2%	MC/MR/C: (*)
Não	7	33.3%	12	66.7%	2	11,8%	

(\*)  $p<0.05$ ; (\*\*)  $p<0.001$ .

## 9.4. Antecedentes clínicos

Dos antecedentes clínicos enumerados pelas participantes (Figura 4), a hipertensão foi a mais prevalente nos três grupos em estudo: 42.9% nas mulheres com mastectomia radical, 36,7% nas com mastectomia conservadora e 41.4% no grupo controle ( $p=0.880$ ; (Anexo V). Seguidamente à hipertensão e a outras doenças reumáticas que não a artrite reumatoide (apenas questionado a mulheres mastectomizadas), as doenças gastrointestinais foram reportadas como as mais comuns ( $\leq 30\%$ ): a história de doença a nível do estômago variou entre 16.7% (mastectomia conservadora) e 26.7% (grupo controle); a presença de doença da vesícula variou entre 0.0% (mastectomia conservadora) e 30.0% (grupo controle); a presença de doença intestinal variou entre 13.3% (mastectomia conservadora) e 27.6% (grupo controle). Não foram reportados casos de doença a nível do pâncreas nem história de doença hematológica.

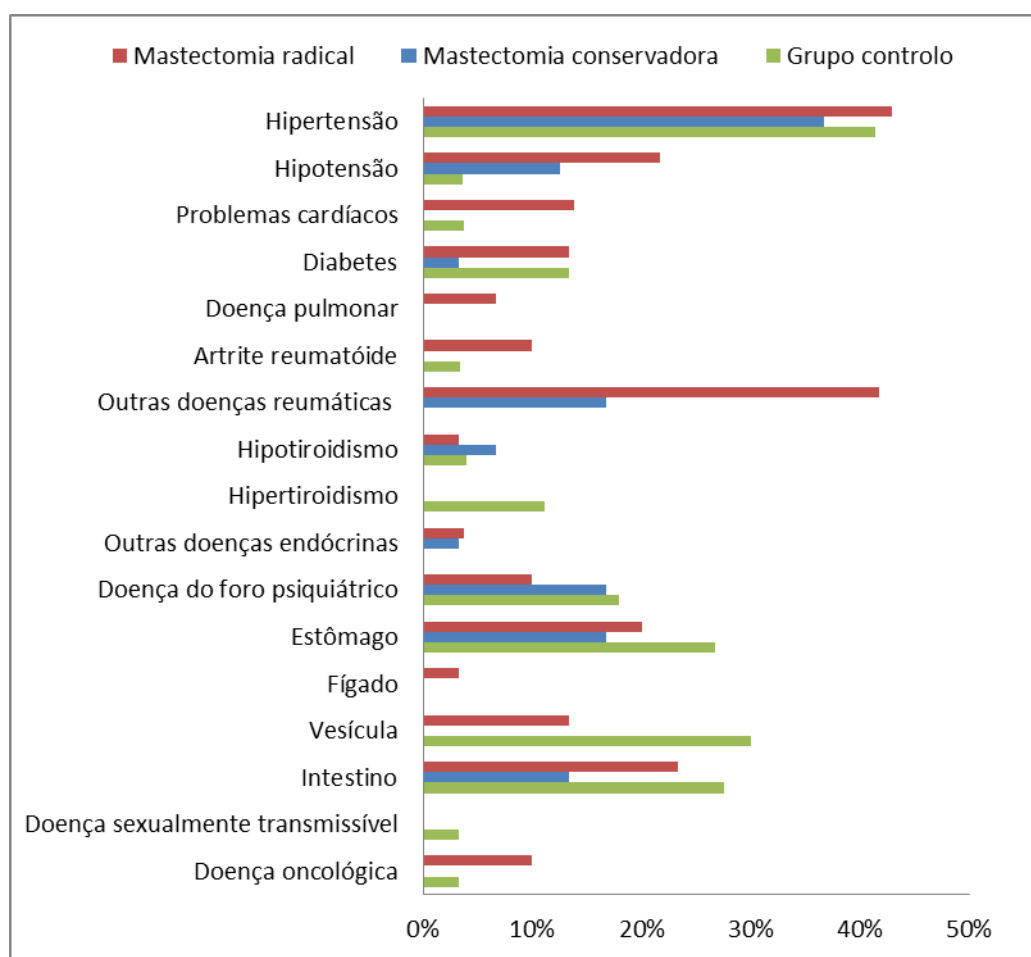


Figura 4 - Prevalência de antecedentes clínicos



## 9.5. História ginecológica

A caracterização das participantes, no que se refere à menstruação, apenas foi realizada nas mulheres mastectomizadas (Tabela 5). A idade da 1ª menstruação variou entre os 9 e os 15 anos, com uma média entre os 10.9 e os 12.2 anos.

As mulheres sujeitas a mastectomia radical referiram, em maior percentagem, menstruações regulares tendo-se verificado no entanto uma maior prevalência de casos com menstruações dolorosas (diferenças estatisticamente não significativas). A média da idade da última menstruação variou entre os 46.8 anos (mastectomia radical) e os 49.1 anos (mastectomia conservadora).

Tabela 5 - Menstruação

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Valor p
Idade na 1ª menstruação, anos					
N	29		29		MC/MR: (**)
Média	10.9		12.2		
Mediana	11.0		12.0		
DP	1.3		1.5		
Mínimo	9.0		9.0		
Máximo	14.0		15.0		
Menstruações regulares, n (%)					
Sim	17	56.7%	23	76.7%	MC/MR: 0.100
Não	13	43.3%	7	23.3%	
Menstruações dolorosas, n (%)					
Sim	11	36.7%	18	62.1%	MC/MR: 0.051
Não	19	63.3%	11	37.9%	
Ainda tem menstruação, n (%)					
Sim	8	26.7%	3	10.0%	MC/MR: 0.095
Não	22	73.3%	27	90.0%	
Idade da última menstruação, anos					
N	18		26		MC/MR: 0.191
Média (DP)	49.1 (5.1)		46.8 (5.6)		
Mediana (min-máx)	49.5 (32-55)		48.5 (36-55)		

(\*) p<0.05; (\*\*) p<0.001.

A história de doença ginecológica atual ou passada foi assinalada por uma reduzida percentagem de participantes no grupo controlo (7.4%) e por um quinto das mulheres com mastectomia radical. Não se registaram casos no grupo das mulheres submetidas a mastectomia conservadora (Tabela 6).

Tabela 6 - Doença ginecológica

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
Doença ginecológica atual ou passada, n (%)							
Sim	0	0.0%	6	20.0%	2	7.4%	NA
Não	30	100.0%	24	80.0%	25	92.6%	
Faz tratamento							
Sim	0	0.0%	2	33.3%	2	100.0%	
Não	0	0.0%	4	66.7%	0	0.0%	

A grande maioria das participantes teve pelo menos uma gestação, sendo que a média de gestações variou entre 1.9 (mastectomia radical) e 2.4 (grupo controlo). Mais de dois terços das participantes referiram ter amamentado, sendo que, em média, a amamentação decorreu por um período entre 6.3 (mastectomia conservadora) a 7.9 meses (mastectomia radical) (Tabela 7). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 7 - Gestações e amamentação

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
Gestações passadas, n (%)							
Sim	27	93.1%	27	90.0%	29	96.7%	NA
Não	2	6.9%	3	10.0%	1	3.3%	
Nº de gestações							
N	25		24		28		MC/MR/C: 0.448
Média (DP)	2.2 (1.1)		1.9 (0.8)		2.4 (1.3)		
Mediana (min-máx)	2 (1-4)		2 (1-4)		2 (1-6)		
Amamentação, n (%)							
Sim	18	69.2%	18	69.2%	17	65.4%	MC/MR/C: 0.943
Não	8	30.8%	8	30.8%	9	34.6%	
Tempo de amamentação, meses							
N	16		11		16		MC/MR/C: 0.934
Média (DP)	6.3 (3.4)		7.9 (6.5)		7.1 (5.7)		
Mediana (min-máx)	6 (0.5-12)		6 (0.9-24)		6.5 (1-24)		

A percentagem de mulheres que afirmou já ter efetuado tratamento hormonal anterior variou entre 13.3% (mastectomia conservadora e grupo controlo) e 17.9% no grupo das mulheres submetidas a mastectomia radical (tabela 8). A duração média do tratamento entre grupos variou entre 2.6 anos (mastectomia radical) e 9.6 anos (mastectomia conservadora).

Tabela 8 - Tratamento hormonal

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
Tratamentos hormonais anteriores, n (%)							
Sim	4	13.3%	5	17.9%	4	13.3%	NA
Não	26	86.7%	23	82.1%	26	86.7%	
Duração do tratamento hormonal, anos							
N	2		4		4		NA
Média (DP)	9.6 (13.3)		2.6 (1.9)		3.2 (4.6)		
Mediana (min-máx)	9.6 (0.3-19)		2.5 (0.5-5)		1.2 (0.4-10)		

A pílula e o DIU foram os dois métodos anticoncepcionais que maior percentagem referiu ter usado (Tabela 9). Realça-se ainda que mais de metade das mulheres incluídas no grupo da mastectomia radical, não assinalaram/não usavam método contraceutivo utilizado

Tabela 9 - Método anticoncepcional

		Tabela 7 - Método anticoncepcional				Valor p	
		Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
Método anticoncepcional que usava, n (%)							
DIU	8	26.7%	3	10.0%	6	20.0%	NA
Laqueação	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	
Naturais	3	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Pílula	10	33.3%	9	30.0%	14	46.7%	
Pílula+DIU	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	
Preservativo	1	3.3%	0	0.0%	4	13.3%	
Não respondeu/não usava	7	23.3%	17	56.7%	6	20.0%	

Entre 20% (mastectomia radical) a 36.7% (grupo controlo) das participantes referiu história de aborto. Em médio, o número de abortos variou entre 1.6 (mastectomia conservadora) e 2.3 (mastectomia radical). Estas diferenças não se revelaram como estatisticamente significativas (Tabela 10).

Tabela 10 - História de abortos

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)		Valor p
<b>História de aborto, n (%)</b>							
Sim	9	30.0%	6	20.0%	11	36.7%	MC/MR/C: 0.358
Não	21	70.0%	24	80.0%	19	63.3%	
<b>Nº de abortos</b>							
N	8		6		11		MC/MR/C: 0.788
Média (DP)	1.6 (1.1)		2.3 (2)		1.9 (1.8)		
Mediana (min-máx)	1 (1-4)		1.5 (1-6)		1 (1-7)		
<b>Tipo de aborto, n (%)</b>							
Espontâneo	5	55.6%	2	33.3%	7	70.0%	NA
Provocado	3	33.3%	2	33.3%	3	30.0%	
Ambos	1	11.1%	2	33.3%	0	0.0%	

## 9.6. Hábitos de vigilância da saúde

No que respeita aos hábitos de vigilância da saúde (Tabela 11), a maioria das participantes indicou ter médico de família. Em média, estas mulheres efetuaram 1.3 (mastectomia conservadora) a 2.6 (mastectomia radical) consultas de rotina anualmente. A totalidade das participantes referiu realizar os exames requisitados.

Tabela 11 - Hábitos de vigilância de saúde

Tabela 11 - Hábitos de Vigilância de Saúde							
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
<b>Médico de família, n (%)</b>							
Sim	20	66.7%	24	80.0%	27	90.0%	MC/MR/C: 0.085
Não	10	33.3%	6	20.0%	3	10.0%	
<b>Nº de consultas de rotina por ano</b>							
N	17		19		24		MC/MR/C: 0.116
Média (DP)	1.3 (0.5)		2.6 (2.7)		1.9 (1.4)		
Mediana (min-máx)	1 (1-2)		2 (1-12)		1.5 (1-7)		
<b>Realiza exames requisitados, n (%)</b>							
Sim	28	100.0%	29	100.0%	30	100.0%	NA
Não	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	

Constata-se que mais de metade das participantes efetuou um exame da mama anterior, sendo no entanto mais comum no grupo controlo ( $p=0.020$ ). Nestas mulheres, o despiste de cancro da mama foi iniciado, em média, há pelo menos 7 anos (Tabela 12).

A história familiar de cancro da mama mostrou-se consideravelmente frequente nos grupos das mastectomizadas (entre 37.9% a 40%), tendo sido ainda apontada por um quarto das mulheres no grupo controlo (Tabela 12).

A palpação da mama é uma prática confirmada por mais de metade das participantes, sendo mais frequente no grupo dos controlos (75%), o que se encontra em consonância com os dados relativos ao exame da mama anterior (também mais frequente neste grupo) (Tabela 12).

Tabela 12 - Exame da mama e história familiar de cancro da mama

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
<b>Exame da mama anterior, n (%)</b>							
Sim	17	56.7%	24	80.0%	26	86.7%	MC/MR/C: (*)
Não	13	43.3%	6	20.0%	4	13.3%	
<b>Há quantos anos faz despiste do cancro da mama</b>							
N	11		13		18		MC/MR/C: 0.751
Média (DP)	6.9 (2.7)		7.5 (6.7)		8.1 (5.2)		
Mediana (min-máx)	7 (2-10)		5 (1-21)		6.5 (1-20)		
<b>História familiar de cancro da mama, n (%)</b>							
Sim	12	40.0%	11	37.9%	8	26.7%	MC/MR/C: 0.507
Não	18	60.0%	18	62.1%	22	73.3%	
<b>Palpação da mama, n (%)</b>							
Sim	15	50.0%	18	60.0%	21	75.0%	MC/MR/C: 0.146
Não	15	50.0%	12	40.0%	7	25.0%	

(\*) p<0.05; (\*\*) p<0.001.

## 9.7. Diagnóstico e tratamento da doença atual

Nos grupos das mulheres mastectomizadas, a descoberta da situação atual de doença decorreu em mais de metade dos casos durante exames de rotina. A grande maioria das participantes efetuou como exames de diagnósticos a mamografia, a ecografia mamária e a biópsia (Tabela 13). No grupo controlo, em mais de metade dos casos, a descoberta da situação atual de doença surgiu no esclarecimento de uma situação duvidosa. Na grande maioria das situações, o diagnóstico foi estabelecido por ecografia (79.3%).

Tabela 13 - Diagnóstico da doença

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)	
Descoberta da situação atual de doença, n (%)						
Acaso	7	23.3%	9	30.0%	7	24.1%
Esclarecimento de situação duvidosa	2	6.7%	0	0.0%	17	58.6%
Exames de rotina	18	60.0%	17	56.7%	7	24.1%
Outra situação	3	10.0%	8	26.7%	2	6.9%
Exame de diagnóstico realizado, n (%)						
Mamografia	29	96.7%	27	90.0%	-	-
Ecografia mamária	30	100.0%	26	86.7%	-	-
Biópsia	23	76.7%	25	83.3%	-	-
Outro	1 <sup>a</sup>	3.3%	3 <sup>b</sup>	10.0%	-	-
Ecografia	-	-	-	-	23	79.3%
Endoscopia digestiva alta	-	-	-	-	1	3.4%
Colonoscopia	-	-	-	-	3	10.3%
Biópsia	-	-	-	-	7	24.1%
Outro	-	-	-	-	1 <sup>c</sup>	3.4%

<sup>a</sup>Ressonância magnética;<sup>b</sup>Galactografia; ressonância magnética; TAC;<sup>c</sup>Citologia aspirativa; doppler; manometria + pHmetria

O diagnóstico foi transmitido pelo cirurgião em mais de metade dos casos (53.3%) incluídos no grupo das participantes com mastectomia conservadora. Nas mulheres submetidas a mastectomia radical, a maioria dos diagnósticos foram anunciados pelo ginecologista (30.0%) ou pelo cirurgião (36.7%). A maioria dos diagnósticos, no grupo controle, foi transmitida pelo cirurgião (73.3%) e pelo médico de família (50.0%) às participantes (Tabela 14).

Tabela 14 - Transmissão do diagnóstico

Tabela 14 - Transmissão do diagnóstico						
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)	
Transmissão do diagnóstico, n (%)						
Radiologista	10	33.3%	5	16.7%	1	3.3%
Médico de família	1	3.3%	3	10.0%	15	50.0%
Enfermeiro	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ginecologista	4	13.3%	9	30.0%	1	3.3%
Cirurgião	16	53.3%	11	36.7%	22	73.3%
Familiar	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%
Outro	2	6.7%	9	30.0%	3	10.0%

Em média, as participantes mastectomizadas foram submetidas a esta intervenção 2.2 a 2.4 meses após o seu diagnóstico. No grupo controle, as participantes foram submetidas a cirurgia aproximadamente 44 meses após o diagnóstico da situação clínica (Tabela 15).

Tabela 15 - Tempo desde o diagnóstico e tempo até cirurgia

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controle (n=30)
<b>Tempo entre diagnóstico e cirurgia, meses</b>			
N	29	28	27
Média (DP)	2.2 (1)	2.4 (0.2)	43.8 (41.9)
Mediana (min-máx)	2 (6-29)	2 (7-28)	36 (2.4-180)
<b>Há quanto tempo foi diagnosticada a doença, anos</b>			
N	20	17	15
Média (DP)	5.4 (3.2)	7.1 (5.1)	9.3 (6.6)
Mediana (min-máx)	4.5 (2-12)	6 (1-18)	7 (2-20)

Os tipos de cirurgia, realizadas às mulheres incluídas no grupo controle, encontram-se descritos na (Tabela 16). Registaram-se complicações pós-operatórias numa única doente, sujeita a tiroidectomia (hipocalcémia; terapêutica: cálcio oral).

Tabela 16 - Tipo de cirurgia

	Grupo controle (n=30)	
<b>Tipo de cirurgia</b>		
Anexectomia direita	1	3.3%
Colecistectomia laparoscópica	7	23.3%
Fístula-abcesso	1	3.3%
Hemorroidectomia	2	6.7%
Hernioplastia de hiato laparoscópica	2	6.7%
Hernioplastia inguinal	2	6.7%
Hernioplastia umbilical	2	6.7%
Lobectomia	2	6.7%
Ressecção transanal	1	3.3%
Tiroidectomia	6	20.0%
Varizes	1	3.3%
Sem cirurgia/desconhecido	3	10.0%

Nos três grupos, a maioria das mulheres referiu não se encontrar a realizar nenhum tratamento (Tabela 17), assinalando-se no entanto uma percentagem considerável (40%) de mulheres com mastectomia conservadora em hormonoterapia.

Tabela 17 - Tratamento que se encontra a realizar

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)	
<b>Tratamento que se encontra a realizar, n (%)</b>						
Quimioterapia	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Radioterapia	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Hormonoterapia	12	40.0%	7	25.0%	8	26.7%
Outro	2	6.7%	2	7.1%	1	3.3%
Nenhum	16	53.3%	14	48.3%	21	70.0%

Quanto à periodicidade das consultas de rotina, a maioria das mulheres referiu ter consultas semestrais ou anuais. As mulheres com mastectomia radical parecem ter consultas de rotina de forma mais frequente, seguidas das mulheres com mastectomia conservadora e por último das mulheres do grupo controlo (Tabela 18).

Tabela 18 - Periodicidade das consultas de rotina

Tabela 16 - Periodicidade das consultas de rotina						
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
Periodicidade das consultas de rotina, n (%)						
Mensal	0	0.0%	5	17.2%	0	0.0%
Trimestral	8	26.7%	10	34.5%	1	3.3%
Semestral	14	46.7%	7	24.1%	11	36.7%
Anual	8	26.7%	7	24.1%	18	60.0%

A maioria das participantes encontrava-se só ou acompanhada por familiar aquando da confirmação do diagnóstico, nos três grupos em análise. A partilha da notícia decorreu maioritariamente com familiares e um terço das mastectomizadas referiu ainda ter partilhado com amigos (Tabela 19).

Tabela 19 - Partilha do diagnóstico

		Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)		Valor p
Com quem estava no momento em que teve a notícia								
Só	17	56.7%	16	53.3%	17	56.7%	NA	
Com amigo/a	2	6.7%	4	13.3%	0	0.0%		
Com pessoa de família	13	43.3%	12	40.0%	13	43.3%		
Com quem partilhou a notícia								
Familiar	27	90.0%	30	100.0%	29	96.7%	NA	
Amigo/a	11	36.7%	9	30.0%	4	13.3%		
Guia espiritual	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%		

## 9.8. Sentimentos perante o diagnóstico da doença

A Figura 4 descreve as pontuações médias dadas pelas participantes relativamente aos seus sentimentos aquando da comunicação do diagnóstico da doença. No grupo das participantes com mastectomia radical, os sentimentos mais marcados (com pontuações médias próximas de “bastante”) foram “tristeza” (média=1.8), “angústia” (média=1.9), desespero e medo (ambos com média=2.1). No grupo das mastectomias conservadoras os sentimentos foram menos marcantes com pontuações médias entre o “bastante” e o “mais ou menos” (excetuando-se “vontade de morrer”).



No grupo controlo, os sentimentos negativos foram todos classificados, em média, entre o “mais ou menos” e o “nada”, concluindo-se que, neste grupo, os sentimentos aquando do diagnóstico foram menos relevantes do que no grupo das mastectomizadas. Nos três grupos, o sentimento menos valorizado foi “vontade de morrer”.

Denote-se que enquanto os sentimentos “negativos” foram estatisticamente mais marcados no grupo das mastectomizadas relativamente ao grupo controlo, os sentimentos de confiança, fé e esperança mostraram-se estatisticamente próximos entre os três grupos ( $p>0.05$ ) (Tabela 20).

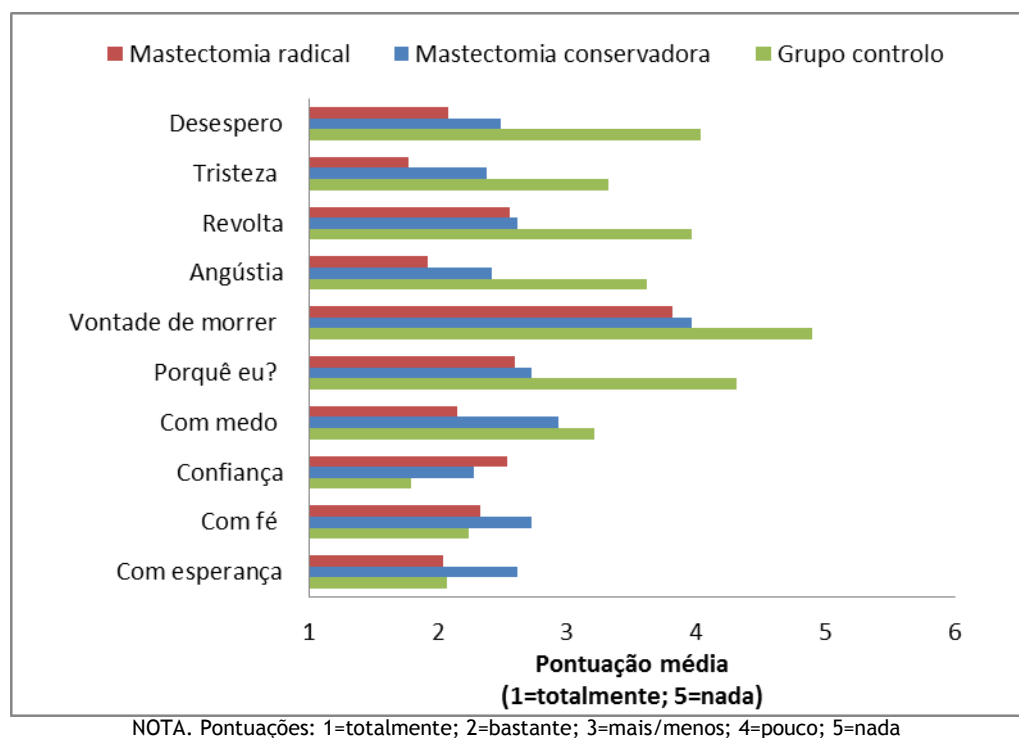


Figura 5 - Pontuação média relativa aos sentimentos perante o diagnóstico da doença

Tabela 20 - Sentimentos perante o diagnóstico da doença

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)	Valor p
<b>Desespero (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: (**)</b>
N	29	24	29	MC/MR: 0.260
Média (DP)	2.5 (1.4)	2.1 (1.3)	4 (1.3)	MC/C: (**)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	2 (1-5)	5 (1-5)	MR/C: (**)
<b>Tristeza (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: (**)</b>
N	29	26	28	MC/MR: 0.055
Média (DP)	2.4 (1.3)	1.8 (1)	3.3 (1.1)	MC/C: (*)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	1.5 (1-5)	3 (1-5)	MR/C: (**)
<b>Revolta (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: (**)</b>
N	29	25	29	MC/MR: 0.880
Média (DP)	2.6 (1.3)	2.6 (1.4)	4 (1)	MC/C: (**)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	3 (1-5)	4 (2-5)	MR/C: (**)
<b>Angústia (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: (**)</b>
N	29	26	29	MC/MR: 0.192
Média (DP)	2.4 (1.4)	1.9 (1.2)	3.6 (1.2)	MC/C: (*)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	2 (1-5)	4 (2-5)	MR/C: (**)
<b>Vontade de morrer (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: 0.003</b>
N	30	27	29	MC/MR: 0.798
Média (DP)	4 (1.2)	3.8 (1.7)	4.9 (0.3)	MC/C: (**)
Mediana (min-máx)	4.5 (1-5)	5 (1-5)	5 (4-5)	MR/C: (*)
<b>Porquê eu? (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: (**)</b>
N	29	27	29	MC/MR: 0.905
Média (DP)	2.7 (1.7)	2.6 (1.5)	4.3 (1)	MC/C: (**)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	5 (1-5)	MR/C: (**)
<b>Com medo (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	29	27	29	MC/MR: (*)
Média (DP)	2.9 (1.5)	2.1 (1.2)	3.2 (1.3)	MC/C: 0.462
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	3 (1-5)	MR/C: (*)
<b>Confiança (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: 0.055</b>
N	29	26	29	
Média (DP)	2.3 (1.2)	2.5 (1.2)	1.8 (0.9)	
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	2.5 (1-5)	2 (1-4)	
<b>Com fé (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: 0.452</b>
N	29	27	29	
Média (DP)	2.7 (1.5)	2.3 (1.4)	2.2 (1.4)	
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-5)	
<b>Com esperança (1-5)</b>				<b>MC/MR/C: 0.264</b>
N	29	26	29	
Média (DP)	2.6 (1.5)	2 (1.1)	2.1 (1.2)	
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-5)	

NOTA. Pontuações: 1=totalmente; 2=bastante; 3=mais/menos; 4=pouco; 5=nada

(\*) p<0.05; (\*\*) p<0.001.

## 9.9 Informações clínicas prestadas pelo médico assistente

Em 54.2% e 78.6% das participantes submetidas a mastectomia conservadora e radical, respetivamente, houve necessidade de se proceder a esvaziamento axilar (Tabela 21).

Tabela 21 - Tipo de cirurgia

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)	
<b>Cirurgia conservadora da mama, n (%)</b>	30	100%	-	-
Com esvaziamento axilar	13	54.2%	-	-
Sem esvaziamento axilar	11	45.8%	-	-
<b>Mastectomia parcial, n (%)</b>	5	16.7%	-	-
Com esvaziamento axilar	4	80.0%	-	-
Sem esvaziamento axilar	1	20.0%	-	-
<b>Tumorectomia, n (%)</b>	2	6.7%	-	-
Com esvaziamento axilar	1	50.0%	-	-
Sem esvaziamento axilar	1	50.0%	-	-
<b>Mastectomia radical</b>	-	-	30	100%
Com esvaziamento axilar	-	-	22	78.6%
Sem esvaziamento axilar	-	-	6	21.4%

No grupo das participantes com mastectomia conservadora o estadio da doença foi classificado como I (34.5%) ou III (65.5%), enquanto nos casos de mastectomia radical o estadio foi II (26.7%) ou IV (73.3%). Os tumores de grau 1 e 2 foram os mais prevalentes nas mulheres com mastectomia conservadora (36.7% e 43.3%, respetivamente) enquanto na mastectomia radical foram preponderantes os casos de grau 2 e 3 (40% e 50%, respetivamente) (Tabela 22).

Tabela 22 - Estadio da doença

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)	
<b>Estadio da doença, n (%)</b>				
0	0	0.0%	0	0.0%
I	10	34.5%	0	0.0%
II	0	0.0%	0	0.0%
III	19	65.5%	8	26.7%
IV	0	0.0%	22	73.3%
<b>Grau, n (%)</b>				
1	11	36.7%	3	10.0%
2	13	43.3%	12	40.0%
3	6	20.0%	15	50.0%

A taxa de complicações após cirurgia nestas participantes foi bastante reduzida, tendo-se verificado a ocorrência de complicações em apenas 2 (6.7%) mulheres, ambas submetidas a mastectomia radical (seroma e reincidência de tumor) (Tabela 23).

Tabela 23 - Complicações médicas após cirurgia

Tabela 25 - Complicações médicas após cirurgia				
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)	
Complicações médicas após cirurgia, n (%)				
Sim	0	0.0%	2	6.7%
Não	30	100.0%	28	93.3%

A reconstrução mamária foi realizada em apenas 4 (13.3%) mulheres pertencentes ao grupo da mastectomia radical (Tabela 24): 1 reconstrução decorreu no momento da mastectomia e 3 reconstruções após mastectomia.

Tabela 24 - Reconstrução mamária

Tabela 24 - Reconstrução mamária					
		Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)	
Reconstrução mamária, n (%)					
Sim		0	0.0%	4	13.3%
Não		30	100.0%	26	86.7%

Os tratamentos efetuados após cirurgia encontram-se descritos na Tabela 25. Das participantes que efetuaram tratamento, a quase totalidade efetuou quimioterapia combinada com radioterapia.

Tabela 25 - Tratamentos efetuados

Tabela 25 - Tratamentos efetuados				
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)	
Tratamentos efetuados, n (%)				
Quimioterapia + radioterapia	16	53.3%	2	6.7%
Quimioterapia	0	0.0%	21	70.0%
Radioterapia	14	46,7%	0	0.0%
Hormonoterapia	14	46.7%	13	43.3%
Outro	0	0.0%	0	0.0%
Não fizeram/não assinalaram	0	0.0%	9	30.0%

## 9.10.Vida íntima

As respostas às questões relacionadas com a vida íntima das participantes encontram-se sumariadas na tabela 26. Quanto à orientação sexual, a quase totalidade da amostra referiu ser heterossexual. Um número reduzido de participantes afirmou não ter retomado a vida sexual após mastectomia enquanto todas as participantes do grupo controlo retomaram a sua vida sexual. Nas mastectomizadas, esse retorno decorreu na maioria dos casos por iniciativa do companheiro/a (entre 64.3% e 73.3%) enquanto nos controlos decorreu na maioria dos casos por iniciativa de ambos (67.9%).

As mulheres submetidas a mastectomia radical foram as que mencionaram ter demorado mais tempo até retomar a sua vida sexual desde a cirurgia (aproximadamente 1 ano), seguidas das mulheres com mastectomia conservadora (6 meses), enquanto as mulheres do grupo controlo foram as que retomaram num intervalo de tempo mais curto (1 mês) ( $p=0.010$ ). As diferenças encontradas entre as mastectomizadas e o grupo controlo foram estatisticamente significativas ( $p<0.001$  em ambas as comparações), enquanto a diferença entre mastectomia conservadora versus radical não demonstrou significância estatística ( $p=0.594$ ).

O número de relações sexuais por mês previamente à cirurgia variava entre 8.1 (mastectomia conservadora) e 14.2 (grupo controlo). As diferenças observadas foram apenas significativas entre os dois grupos de mulheres mastectomizadas versus o grupo controlo ( $p<0.001$  em ambas as comparações). Obtêm-se as mesmas conclusões aquando da comparação do número de relações sexuais após a cirurgia entre os dois grupos de mulheres mastectomizadas versus o grupo controlo ( $p=0.007$ , em ambas as comparações). Não se identificaram diferenças significativas no número de relação antes e após cirurgia entre mactectomia conservadora versus mastectomia radical ( $p=0.594$  e  $p=0.658$ , respetivamente).

Tabela 26 - Vida íntima

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)		Valor p
<b>Orientação sexual, n (%)</b>							
Heterossexual	28	96.6%	29	100.0%	30	100.0%	NA
Homossexual	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	
<b>Retomou vida sexual após a cirurgia, n (%)</b>							
Sim	29	96.7%	27	90.0%	30	100.0%	NA
Não	1	3.3%	3	10.0%	0	0.0%	
Por iniciativa própria	1	3.3%	2	7.1%	3	10.7%	NA
Do/a companheiro/a	22	73.3%	18	64.3%	6	21.4%	
De ambos	7	23.3%	8	28.6%	19	67.9%	
<b>Tempo até retorno à vida sexual, anos</b>							
N	17		19		24		MC/MR/C: (*)
Média (DP)	0.53 (0.35)		1.07 (1.2)		0.09 (0.06)		MC/MR: 0.594
Mediana (min-máx)	0.5 (0.02-1)		0.5 (0.08-4)		0.08 (0.02-0.25)		MC/C: (**)
<b>Nº de relações sexuais antes da cirurgia, por mês</b>							
N	27		28		29		MR/C: (**)
Média (DP)	8.1 (2.8)		8.5 (5)		14.2 (9.6)		MC/MR/C: (*)
Mediana (min-máx)	8 (3-12)		8 (3-25)		12 (4-48)		MC/MR: 0.658
<b>Nº de relações sexuais atualmente, por mês</b>							
N	27		28		28		MC/MR/C: (**)
Média (DP)	4.5 (2.8)		2.1 (1.3)		13.7 (10)		MC/MR: (**)
Mediana (min-máx)	4 (2-12)		2 (0-5)		8 (4-48)		MC/C: (**)
Valor p antes vs depois	0.001		(**)		0.014		MR/C: (**)
<b>Presença de novos sintoma(s) após cirurgia, n (%)</b>							
Sim	4 <sup>a</sup>	13.3%	9 <sup>b</sup>	30.0%	0	0.0%	NA
Não	26	86.7%	21	70.0%	30	100.0%	

<sup>a</sup>Ansiedade (n=1); afrontamentos e dores musculares (n=1); dificuldade de atingir o orgasmo e falta de libido (n=1); tensão (n=1).

<sup>b</sup>Vários sintomas de dor, desilusão, etc. (n=1); secura vaginal e perda da libido (n=1); secura vaginal (n=1); perda da libido (n=4); dor na penetração (n=2).

(\*) p<0.05; (\*\*) p<0.001.

De acordo com os resultados apresentados da Tabela 26, o número de relações sexuais sofreu uma redução estatisticamente significativa após cirurgia nos três grupos em estudo, sendo esse decréscimo bastante pronunciado no grupo das mulheres submetidas a mastectomia radical e bastante ligeiro no grupo controle. Em média, o número de relações nas mulheres com mastectomia radical passou de 8.5 para 2.1 relações por mês (p<0.001) e de 8.1 para 4.5 relações nas mulheres com mastectomia conservadora (p=0.001). No grupo controle passou de 14.2 para 13.7 relações por mês (p=0.014).

## 9.11. Escala de impacto do tratamento mamário (Frierson, 2006)

As respostas dadas a cada item da escala de impacto do tratamento mamário encontram-se descritas na Figura 6 apresenta as pontuações médias obtidas em cada um dos itens para as mulheres com mastectomia radical *versus* conservadora.

É de realçar que a maior diferença entre estes dois grupos ocorre no item “Incomoda-me ser vista nua”, correspondendo, por um lado, à questão onde se registou a maior percentagem de mulheres com mastectomia radical que respondeu “às vezes” (30%) ou “frequentemente” (60%) e, por outro lado, à questão que as mulheres com mastectomia conservadora menos valorizaram (apenas 10% referiu “às vezes” e 0% referiu “frequentemente”).

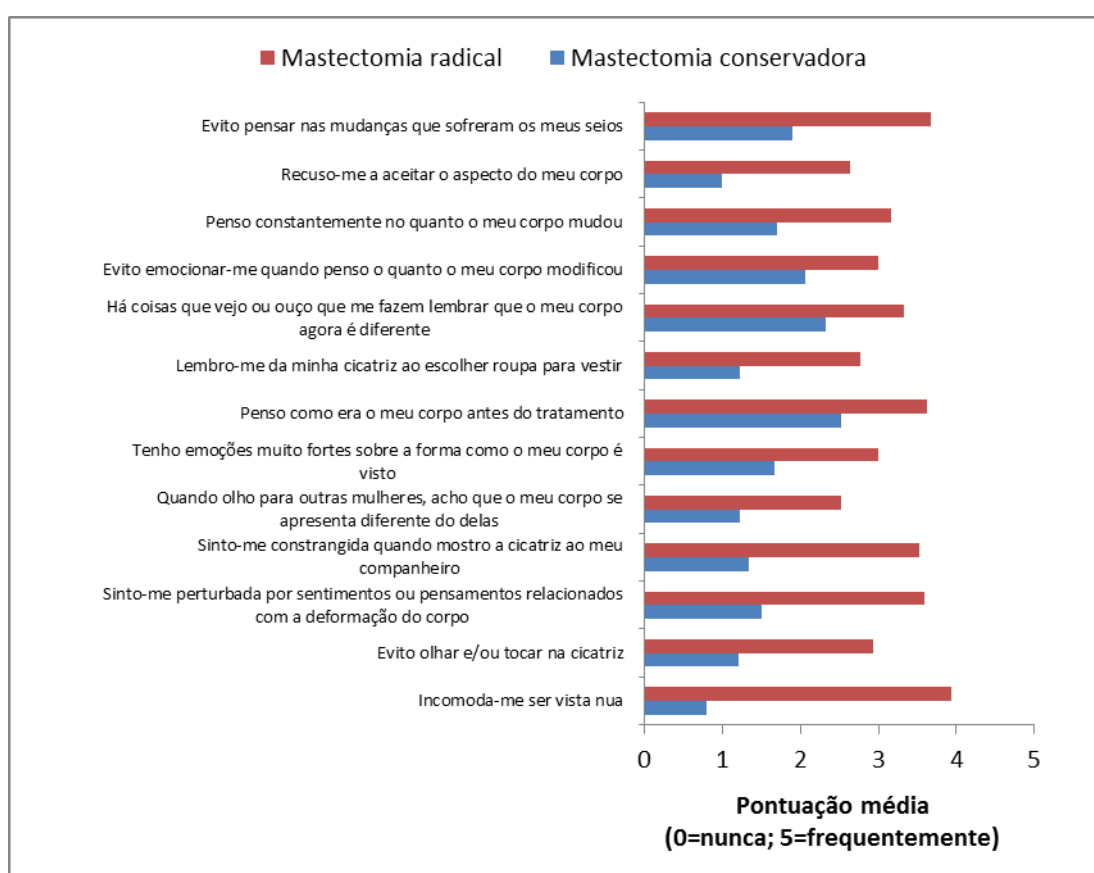


Figura 6 - Pontuações médias obtidas nas questões da escala de impacto do tratamento mamário

Relativamente à pontuação total obtida nesta escala, constata-se que as mulheres submetidas a mastectomia radical apresentaram uma pontuação média duas vezes superior à registada nas mulheres com mastectomia conservadora (Tabela 27), o que indica que o tratamento mamário radical tem um elevado impacto nas vidas e que se repercute num elevado *stress* para estas mulheres, devido à sua alteração corporal. Esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p<0.001$ ).

Tabela 27 - Pontuação total obtida na escala de impacto do tratamento mamário

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Valor p
<b>Pontuação total (0-65)</b>			
N	30	29	MC/MR: (**)
Média (DP)	20.5 (11.3)	42.1 (19.9)	
Mediana (min-máx)	20.5 (0.0 - 39.0)	51.0 (4.0 - 65.0)	

NOTA. Quanto maior a pontuação, maior o impacto do tratamento mamário (maior o stress na alteração corporal).

(\*) p<0.05; (\*\*) p<0.001.

## 9.12. Qualidade de vida (EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23)

As pontuações médias obtidas em cada uma das questões da escala de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 encontram-se descritas no Anexo V e na Figura 7.

Nas mulheres com mastectomia radical, “prisão de ventre” e “custa-lhe fazer esforços mais violentos” foram as duas situações que obtiveram maior pontuação (superior a 2 pontos, numa escala de 4 pontos). Por outro lado as situações com menor relevância para estas mulheres foram as relacionadas com os sintomas “diarreia”, “vómitos”, “falta de apetite” e “falta de ar” e “custa-me de dar um pequeno passeio a pé, fora de casa”. Verifica-se que este grupo de mulheres obteve uma pontuação superior em todos os itens comparativamente às mulheres com mastectomia conservadora e ao grupo controlo, exceto nos itens “depressão” e “teve dificuldade em concentrar-se” (pontuações similares às obtidas nas mulheres com mastectomia conservadora) e “teve preocupações” (pontuação inferior à obtida nas mulheres com mastectomia conservadora).



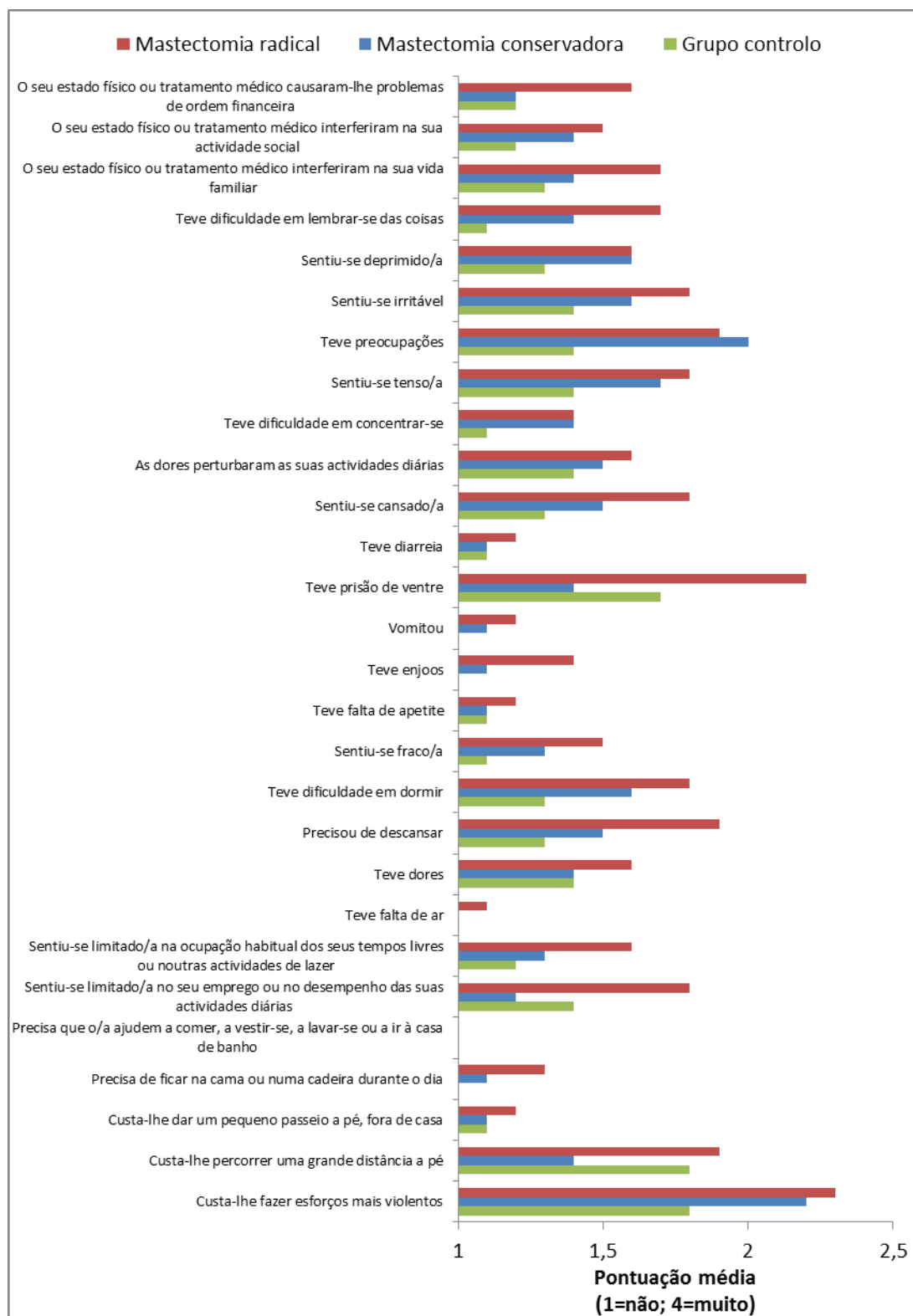


Figura 7 - Pontuações médias obtidas nas questões da escala EORTC QLQ-C30

Quanto às questões relacionadas com a saúde e qualidade de vida global (Figura 8), verifica-se que as mulheres com mastectomia radical classificaram a sua saúde em geral na semana anterior ao preenchimento do questionário de forma próxima à das mulheres com mastectomia

conservadora, embora classifiquem a sua qualidade de vida como sendo ligeiramente pior. Comparativamente aos controlos, ambos os grupos de mastectomizadas consideram pior estado de saúde e pior qualidade de vida, embora esta diferença possa ser considerada relativamente baixa (inferior ou igual a 1 ponto, numa escala de 7 pontos).

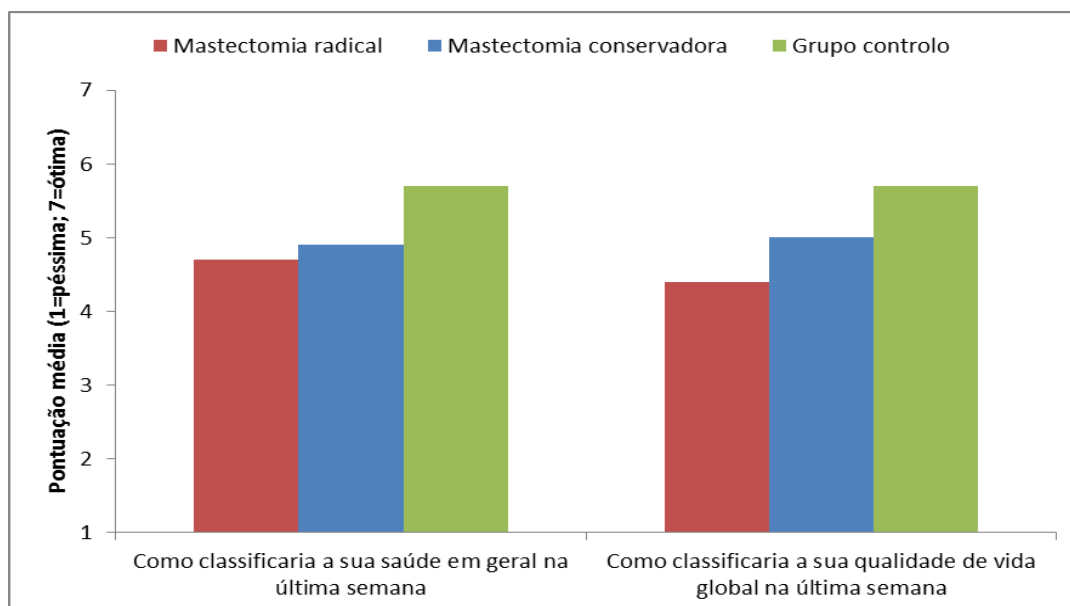
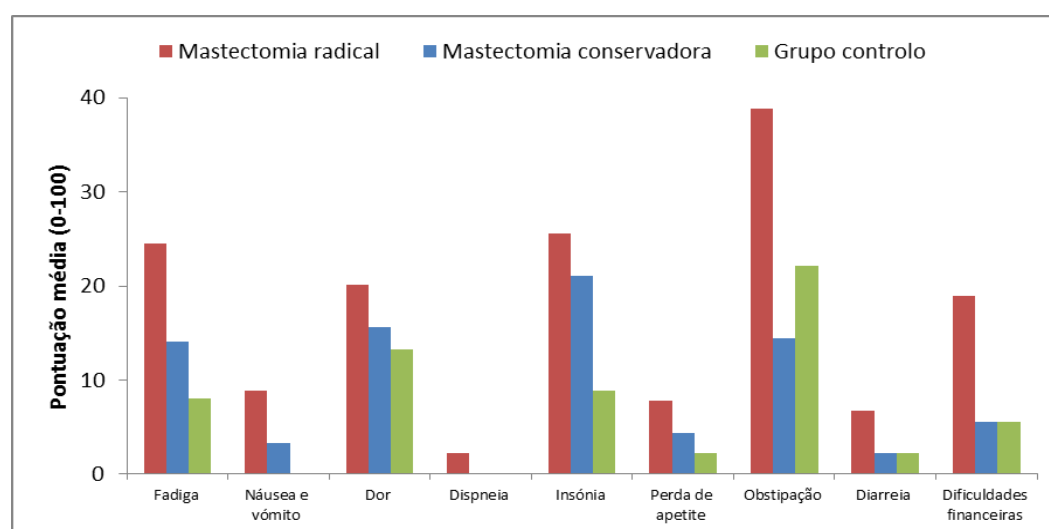


Figura 8 - Pontuações médias obtidas nas questões sobre saúde e qualidade de vida na última semana

A Figura 9 e a Tabela 28 apresentam os resultados estatísticos para os sintomas/itens individuais que são obtidos através da metodologia descrita anteriormente.



NOTA. Quanto maior a pontuação, maior ("pior") a intensidade dos sintomas.

Figura 9 - Pontuações médias obtidas nos sintomas/itens individuais da escala EORTC QLQ-C30

Verifica-se, em termos de sintomatologia, que os níveis de fadiga ( $p=0.015$ ), náusea e vômito ( $p=0.037$ ) e obstipação ( $p=0.028$ ) são estatisticamente diferentes entre os três grupos analisados. Saliente-se que as diferenças encontradas na fadiga e nas náuseas e vômitos referem-se à comparação entre mastectomia radical *versus* controlo ( $p=0.007$  e  $p=0.011$ , respetivamente), não sendo evidentes entre os dois grupos de mastectomizadas. Por outro lado, a diferença na obstipação refere-se exclusivamente à comparação entre mastectomizadas ( $p=0.010$ ). Desta análise, verifica-se ainda existirem diferenças no que se refere às dificuldades financeiras sentidas por estas mulheres ( $p=0.025$ ), sendo superiores no grupo das mulheres com mastectomia radical comparativamente às com mastectomia conservadora ( $p=0.035$ ) e controlos ( $p=0.021$ ).

Tabela 28 - Escalas de sintomas/itens individuais da escala EORTC QLQ-C30

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)	Valor p
<b>Fadiga (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	30	29	29	MC/MR: 0.129
Média (DP)	14.1 (15.1)	24.5 (23.5)	8 (13.6)	MC/C: 0.070
Mediana (min-máx)	11.1 (0-55.6)	22.2 (0-66.7)	0 (0-55.6)	<b>MR/C: (*)</b>
<b>Náusea e vômito (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	30	30	30	MC/MR: 0.284
Média (DP)	3.3 (10.2)	8.9 (23)	0 (0)	MC/C: 0.078
Mediana (min-máx)	0 (0-33.3)	0 (0-100)	0 (0-0)	<b>MR/C: (*)</b>
<b>Dor (0-100)</b>				MC/MR/C: 0.611
N	30	29	30	
Média (DP)	15.6 (19)	20.1 (24.1)	13.3 (17.7)	
Mediana (min-máx)	16.7 (0-66.7)	16.7 (0-83.3)	0 (0-66.7)	
<b>Dispneia (0-100)</b>				MC/MR/C: 0.141
N	28	30	30	
Média (DP)	0 (0)	2.2 (8.5)	0 (0)	
Mediana (min-máx)	0 (0-0)	0 (0-33.3)	0 (0-0)	
<b>Insónia (0-100)</b>				MC/MR/C: 0.056
N	30	30	30	
Média (DP)	21.1 (23.9)	25.6 (32.4)	8.9 (15)	
Mediana (min-máx)	16.7 (0-66.7)	16.7 (0-100)	0 (0-33.3)	
<b>Perda de apetite (0-100)</b>				MC/MR/C: 0.304
N	30	30	30	
Média (DP)	4.4 (11.5)	7.8 (16.8)	2.2 (8.5)	
Mediana (min-máx)	0 (0-33.3)	0 (0-66.7)	0 (0-33.3)	
<b>Obstipação (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	30	30	30	<b>MC/MR: (*)</b>
Média (DP)	14.4 (22.6)	38.9 (39.2)	22.2 (25.3)	MC/C: 0.195
Mediana (min-máx)	0 (0-100)	33.3 (0-100)	16.7 (0-66.7)	MR/C: 0.124
<b>Diarreia (0-100)</b>				MC/MR/C: 0.349
N	30	30	30	
Média (DP)	2.2 (12.2)	6.7 (20.3)	2.2 (8.5)	
Mediana (min-máx)	0 (0-66.7)	0 (0-100)	0 (0-33.3)	
<b>Dificuldades financeiras (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	30	30	30	<b>MC/MR: (*)</b>
Média (DP)	5.6 (12.6)	18.9 (28.6)	5.6 (15.4)	MC/C: 0.765
Mediana (min-máx)	0 (0-33.3)	0 (0-100)	0 (0-66.7)	<b>MR/C: (*)</b>

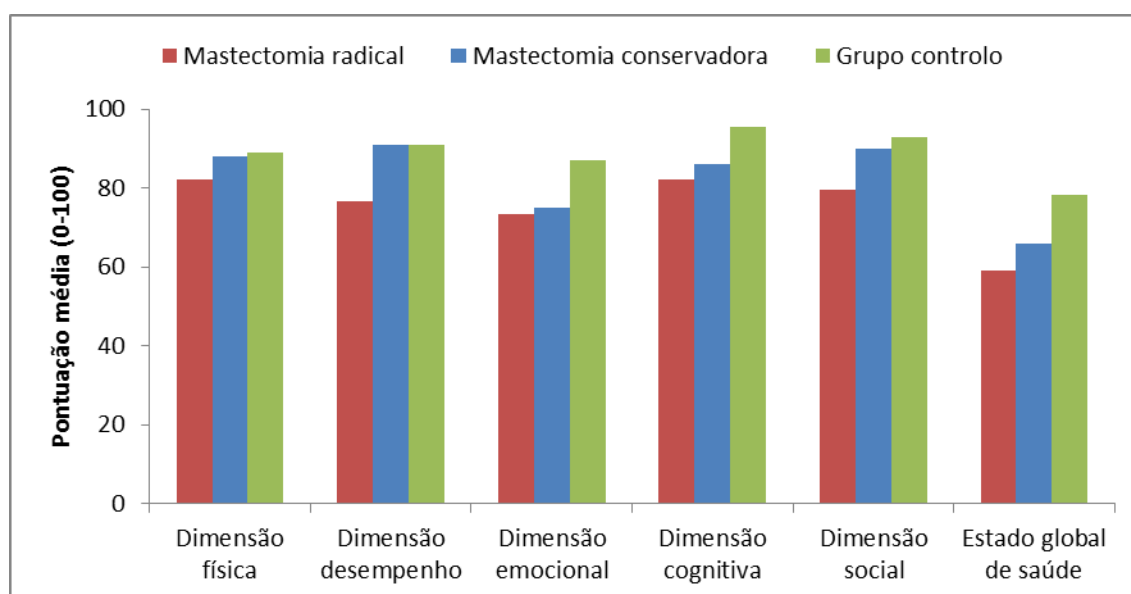
NOTA. Quanto maior a pontuação, maior ("pior") a intensidade dos sintomas. (\*)  $p<0.05$ ; (\*\*)  $p<0.001$ .

Relativamente às seis dimensões que se podem derivar a partir desta mesma escala, verifica-se que as mulheres com mastectomia radical são as que indicam piores níveis de funcionalidade e qualidade de vida enquanto as mulheres incluídas no grupo controlo são as que apontam para melhores níveis de funcionalidade (Figura 10) independentemente da dimensão analisada.

Verifica-se igualmente que o estado global de saúde foi a dimensão a qual registou as pontuações mais baixas, correspondendo assim à dimensão que as mulheres consideram estar mais deteriorada, independentemente do grupo em análise.

As dimensões onde se registaram maiores níveis de funcionalidade foram a física e a cognitiva nas mulheres com mastectomia radical (médias de aproximadamente 82 pontos), o desempenho e a dimensão social nas mulheres com mastectomia conservadora (médias acima dos 90 pontos), e as dimensões cognitiva, social e desempenho nos controlos (médias acima dos 90 pontos).

Por outro lado, é na dimensão física que as pontuações entre mastectomizadas mais se aproximam da pontuação obtida no grupo controlo.



NOTA. Quanto maior a pontuação, maior (melhor) o nível de funcionalidade/qualidade de vida  
 Figura 10 - Pontuação média obtida em cada uma das dimensões do EORTC QLQ-C30

De acordo com a Tabela 29, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao desempenho ( $p=0.007$ ), dimensão emocional ( $p=0.014$ ), dimensão cognitiva ( $p=0.013$ ) e qualidade de vida ( $p<0.001$ ) entre os três grupos de mulheres. No que concerne à dimensão desempenho, a diferença centra-se nas mulheres com mastectomia radical comparativamente à mastectomia conservadora e aos controlos ( $p=0.007$  e  $p=0.013$ , respetivamente). A nível emocional, cognitivo e qualidade de vida existem diferenças entre os

dois grupos de mastectomizadas comparativamente aos controlos, não havendo, no entanto, diferenças entre os dois grupos de mastectomizadas.

Na dimensão física e na dimensão social não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de mulheres.

Tabela 29 - EORTC QLQ-C30 - escalas funcionais e estado global de saúde/QdV

	<b>Mastectomia conservadora (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical (n=30)</b>	<b>Grupo controlo (n=30)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Dimensão física (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: 0.181</b>
N	30	29	30	
Média (DP)	88 (9)	82.3 (15.04)	88.89 (10.7)	
Mediana (min-máx)	90 (73.3-100)	86.67 (40-100)	90 (53.3-100)	
<b>Dimensão desempenho (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	30	30	30	<b>MC/MR: (*)</b>
Média (DP)	91.11 (19.9)	76.67 (23.8)	91.11 (15)	<b>MC/C: 0.520</b>
Mediana (min-máx)	100 (33.3-100)	75 (33.3-100)	100 (50-100)	<b>MR/C: (*)</b>
<b>Dimensão emocional (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	30	29	30	<b>MC/MR: 0.707</b>
Média (DP)	75 (25.2)	73.28 (24.8)	87.22 (16.0)	<b>MC/C: (*)</b>
Mediana (min-máx)	79.17 (8.3-100)	75 (0-100)	91.67 (33.3-100)	<b>MR/C: (*)</b>
<b>Dimensão cognitiva (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	30	29	29	<b>MC/MR: 0.440</b>
Média (DP)	86.11 (19.1)	82.2 (22.2)	95.4 (8.8)	<b>MC/C: (*)</b>
Mediana (min-máx)	100 (16.7-100)	83.3 (0-100)	100 (66.7-100)	<b>MR/C: (*)</b>
<b>Dimensão social (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: 0.062</b>
N	30	30	30	
Média (DP)	90 (12.8)	79.44 (27.2)	92.78 (15.6)	
Mediana (min-máx)	100 (50-100)	91.67 (0-100)	100 (33.3-100)	
<b>Estado global de saúde/QdV (0-100)</b>				<b>MC/MR/C: (**)</b>
N	30	30	30	<b>MC/MR: 0.092</b>
Média (DP)	65.83 (15.2)	59.17 (20.1)	78.33 (16.9)	<b>MC/C: (*)</b>
Mediana (min-máx)	66.7 (16.7-83.33)	58.3 (16.7-100)	83.33 (41.7-100)	<b>MR/C: (**)</b>

NOTA. Quanto maior a pontuação, maior (melhor) o nível de funcionalidade/qualidade de vida.  
(\*) p<0.05; (\*\*) p<0.001.

As pontuações médias obtidas em cada uma das questões da escala de qualidade de vida EORTC QLQ-BR23 encontram-se descritas na Figura 11 e Anexo V. No grupo das mulheres submetidas a mastectomia radical, o estado de saúde no futuro e a queda de cabelo foram enumeradas como os dois aspetos que resultam numa maior preocupação por parte destas mulheres. De um modo geral, observa-se que as respostas dadas por estas mulheres indicam piores pontuações do que as observadas nas mulheres com mastectomia conservadora e grupo controlo. Verifica-se que a questão “Sentiu-se doente ou indisposta” foi respondida de forma mais homogénea nos três grupos em estudo.

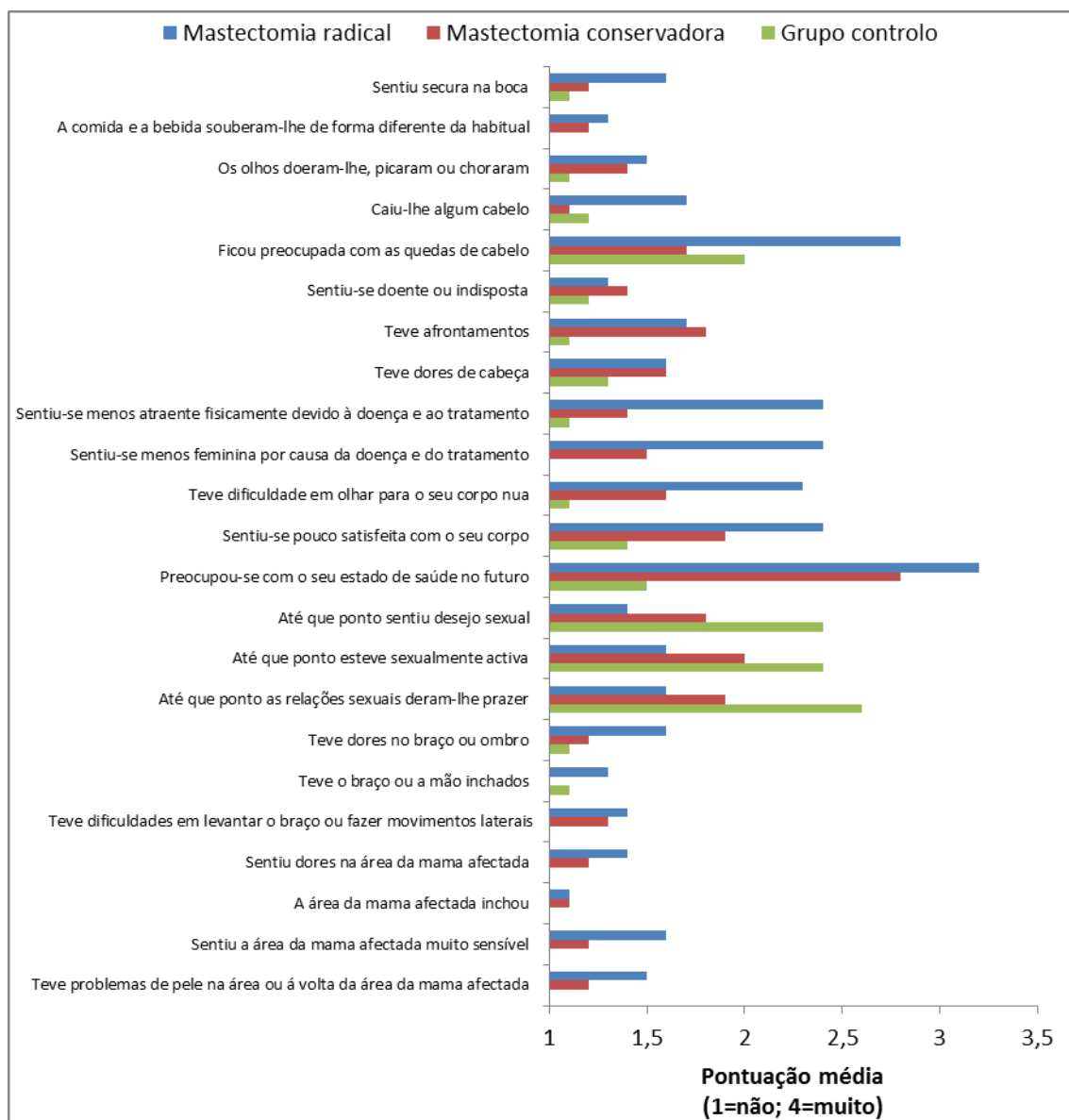


Figura 11 - Pontuações médias obtidas nas questões da escala EORTC QLQ-BR23

A Figura 12 e a Tabela 30 resumem os resultados obtidos para as 4 dimensões derivadas da escala EORTC QLQ-BR23. Verifica-se, que as mulheres com mastectomia radical são as que apresentam pior funcionalidade (pontuações mais baixas) nas 4 dimensões avaliadas, seguidas das mulheres com mastectomia parcial e o grupo controlo. Nos três grupos analisados, é na imagem corporal que se verificam melhores resultados enquanto a funcionalidade sexual e o prazer sexual são as duas dimensões em que coexiste pior funcionalidade.

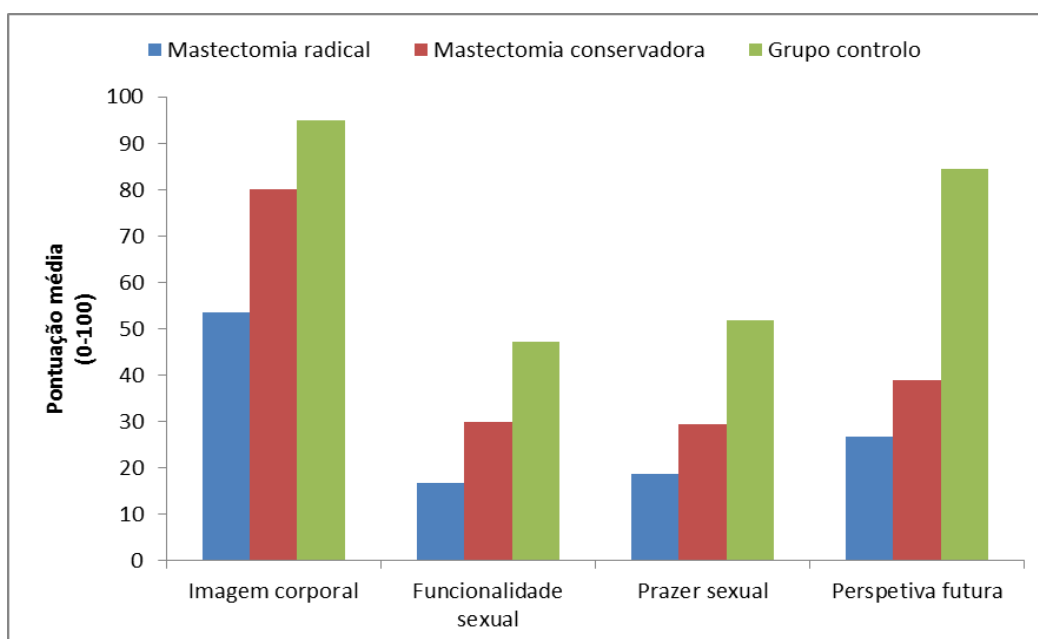


Figura 12 -Pontuações médias obtidas nas dimensões da escala EORTC QLQ-BR23

As diferenças encontradas na comparação múltipla entre os três grupos foram estatisticamente significativas nas 4 dimensões avaliadas ( $p < 0.001$ ). No entanto, na comparação entre pares de grupos, verifica-se não haver uma diferença estatisticamente significativa entre mastectomia radical e mastectomia conservadora relativamente ao prazer sexual e à perspetiva futura.

Tabela 30 - EORTC QLQ-BR23 - dimensões

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)	Valor p
<b>Imagem corporal (0-100)</b>				
N	30	28	30	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	80 (21.4)	53.57 (39.51)	95 (8.92)	MC/MR: (*)
Mediana (min-máx)	91.67 (33.3-100)	66.67 (0-100)	100 (75-100)	MC/C: (*)
				MR/C: (**)
<b>Funcionalidade sexual (0-100)</b>				
N	30	30	30	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	30 (17.73)	16.67 (15.16)	47.22 (21.48)	MC/MR: (*)
Mediana (min-máx)	33.33 (0-66.7)	16.67 (0-50)	33.33 (0-100)	MC/C: (*)
				MR/C: (**)
<b>Prazer sexual* (0-100)</b>				
N	25	16	29	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	29.33 (20)	18.75 (24.25)	51.72 (26.1)	MC/MR: 0.097
Mediana (min-máx)	33.33 (0-66.7)	0 (0-66.67)	66.67 (0-100)	MC/C: (*)
				MR/C: (**)
<b>Perspetiva futura (0-100)</b>				
N	30	30	30	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	38.89 (35.11)	26.67 (26.84)	84.44 (22.71)	MC/MR: 0.188
Mediana (min-máx)	33.33 (0-100)	33.33 (0-100)	100 (33.33-100)	MC/C: (**)
				MR/C: (**)

NOTA. Quanto maior a pontuação, maior ("melhor") o nível de funcionalidade.

<sup>a</sup>Aplicável apenas às participantes que estavam sexualmente ativas.

(\*)  $p < 0.05$ ; (\*\*)  $p < 0.001$ .

### 9.13. Relação com o corpo (Palhinhas, 2000)

Os resultados obtidos nas questões da escala que avalia a relação com o corpo pré-mórbido e mórbido encontram-se descritos no Anexo V. Verifica-se que as questões colocadas quanto à mulher não ser capaz de afirmar que gosta do seu corpo, tal como o seu parceiro, nem de olhar para si com agrado foram as que obtiveram pior pontuação nas mulheres com mastectomia radical. Adicionalmente verifica-se que, se por um lado, estas mulheres indicam menos satisfação com o seu corpo, por outro lado, são as que menos procuram disfarçar os aspetos do corpo que não lhe agradam (Figura 13).

De um modo geral, pode-se constatar que a percepção das mulheres com mastectomia conservadora em relação ao seu corpo pré-mórbido é mais próxima das do grupo controlo do que das mulheres com mastectomia radical. A opinião das mulheres nos três grupos em estudo é mais próxima entre si relativamente à questão da valorização que dão à imagem do seu corpo pré-mórbido, observando-se pontuações médias bastante similares e indicadoras de que valorizam a sua imagem (Figura 13).

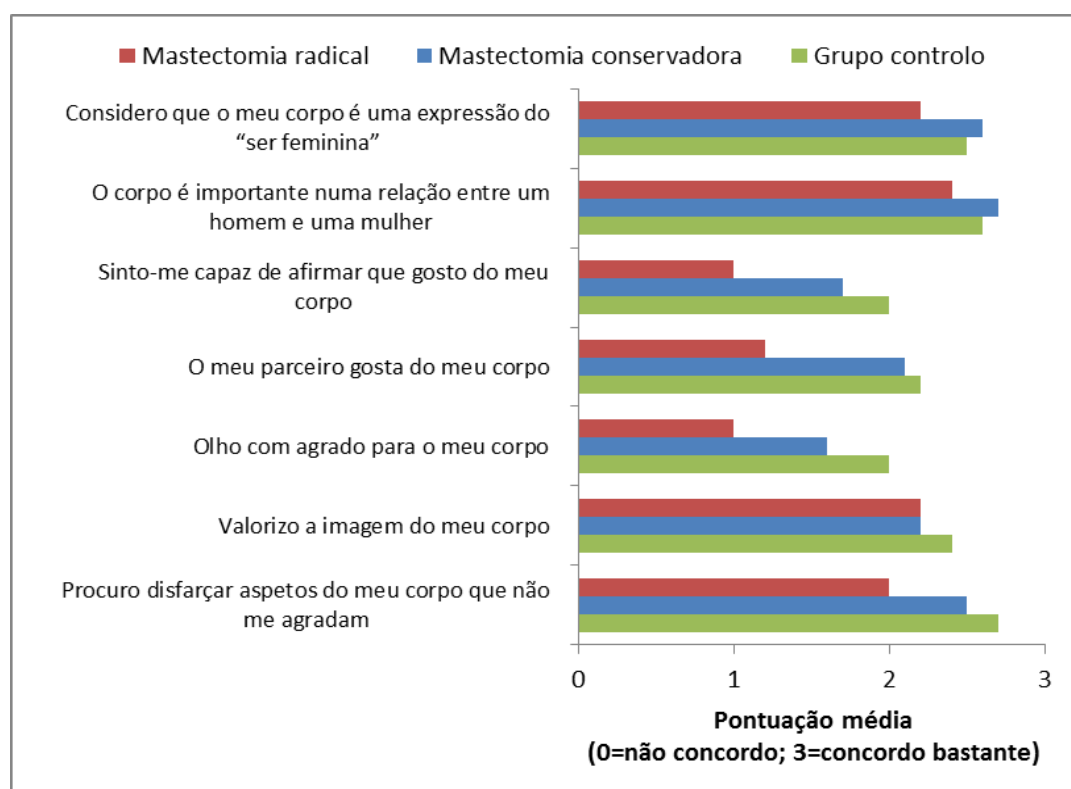


Figura 13 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da relação com o corpo pré-mórbido



De acordo com a Figura 14, verifica-se que as respostas dadas às questões relacionadas com o corpo mórbido são indicadoras de uma assimetria entre os três grupos em análise, em que a relação com o corpo mórbido é pior nas mulheres submetidas a mastectomia radical do que nas mulheres com mastectomia conservadora.

A sensação de que a doença e/ou tratamento deixou o corpo incompleto (referente à questão com pior pontuação nas mastectomizadas) foi confirmada por 63.3% (concordo moderadamente/bastante) das mulheres com mastectomia radical versus 26.7% nas mulheres com mastectomia parcial (Anexo V). Por outro lado a aparência da cicatriz parece ser o item menos valorizado por estas mulheres (26.7% das mulheres com mastectomia conservadora e 46.7% das mulheres com mastectomia radical assinalaram concordar pouco com este aspeto).

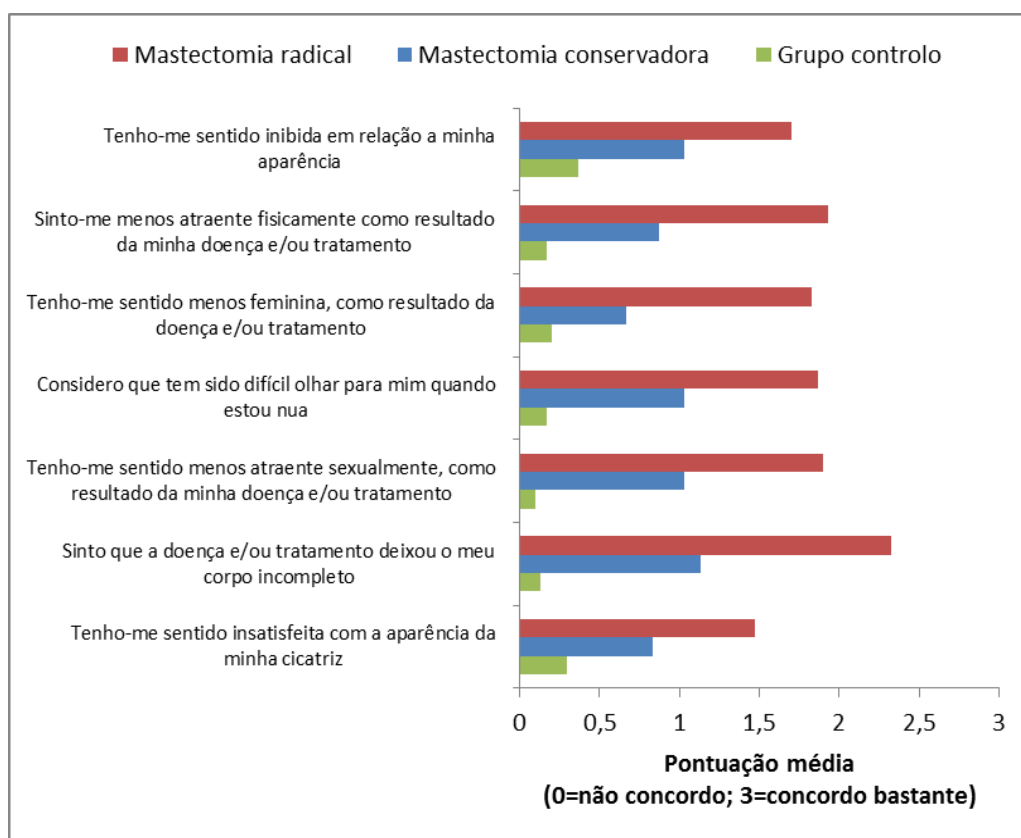


Figura 14 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da relação com o corpo mórbido

Através das pontuações totais (Figura 15 e Tabela 31), verifica-se que são as mulheres submetidas a mastectomia radical que apresentam a pior relação tanto com o corpo pré-mórbido como com o corpo mórbido. As diferenças na relação com o corpo percecionada pela mulher com mastectomia radical comparativamente aos grupos da mastectomia conservadora e controlo são mais acentuadas no corpo mórbido do que no pré-mórbido. A perceção da relação com o corpo pré-mórbido entre as mulheres com mastectomia conservadora e os controlos parece ser próxima.

De acordo com a Tabela 31, a percepção da mulher sobre a relação com o seu corpo difere estatisticamente entre os três grupos em análise ( $p<0.001$ ). A única exceção refere-se à diferença não estatisticamente significativa na relação com o corpo pré-mórbido entre as mulheres com mastectomia conservadora e os controlos.

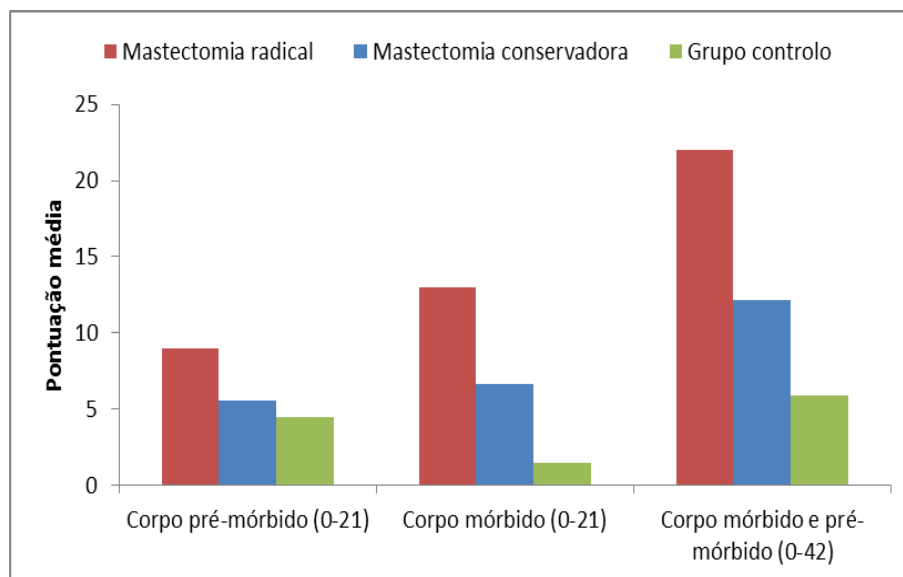


Figura 15 - Pontuação média total obtida na escala de avaliação da relação com o corpo

Tabela 31- Pontuações obtidas na escala de avaliação da relação com o corpo

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)	Valor p
<b>Pontuação total - corpo pré-mórbido (0-21)</b>				
N	30	30	30	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	5.57 (3.6)	9 (3.7)	4.43 (3.9)	MC/MR: (**)
Mediana (min-máx)	4 (0-13)	9 (0-19)	4.5 (0-11)	MC/C: 0.359 MR/C: (**)
<b>Pontuação total - corpo mórbido (0-21)</b>				
N	30	30	30	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	6.6 (5.6)	13.03 (6.7)	1.43 (3.7)	MC/MR: (**)
Mediana (min-máx)	4 (0-18)	13 (1-21)	0 (0-20)	MC/C: (**) MR/C: (**)
<b>Pontuação total - corpo mórbido e pré-mórbido (0-42)</b>				
N	30	30	30	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	12.17 (6.2)	22.03 (8.3)	5.87 (5.7)	MC/MR: (**)
Mediana (min-máx)	13 (0-26)	25.5 (5-32)	5 (0-24)	MC/C: (**) MR/C: (**)

NOTA. Quanto menor a pontuação, melhor a relação com o corpo.

(\*)  $p<0.05$ ; (\*\*)  $p<0.001$ .

## 9.14. Imagem corporal (Hopwood, 2001)

Os resultados obtidos nas questões da escala que avalia a imagem corporal das mulheres incluídas neste estudo encontram-se descritos no Anexo V.

Na Figura 16 encontram-se descritas as pontuações médias obtidas nas questões da escala de imagem corporal desenvolvida por Hopwood para cada um dos grupos em análise. De acordo com a mesma, pode-se observar que as mulheres submetidas a mastectomia radical apresentam pontuações consideravelmente piores do que as incluídas nos outros dois grupos. Nestas mulheres, o item em que se identifica uma pior imagem corporal refere-se a “Tem-se sentido menos atractiva sexualmente como resultado da doença/tratamento”. Identifica-se que o aspeto social é o menos afetado, verificando-se uma resposta mais positiva na questão “Tem evitado pessoas por causa da forma como se sente em relação ao seu aspeto”. É ainda nesta questão que se observa uma resposta média mais próxima entre as mulheres com mastectomia conservadora e o grupo controlo.

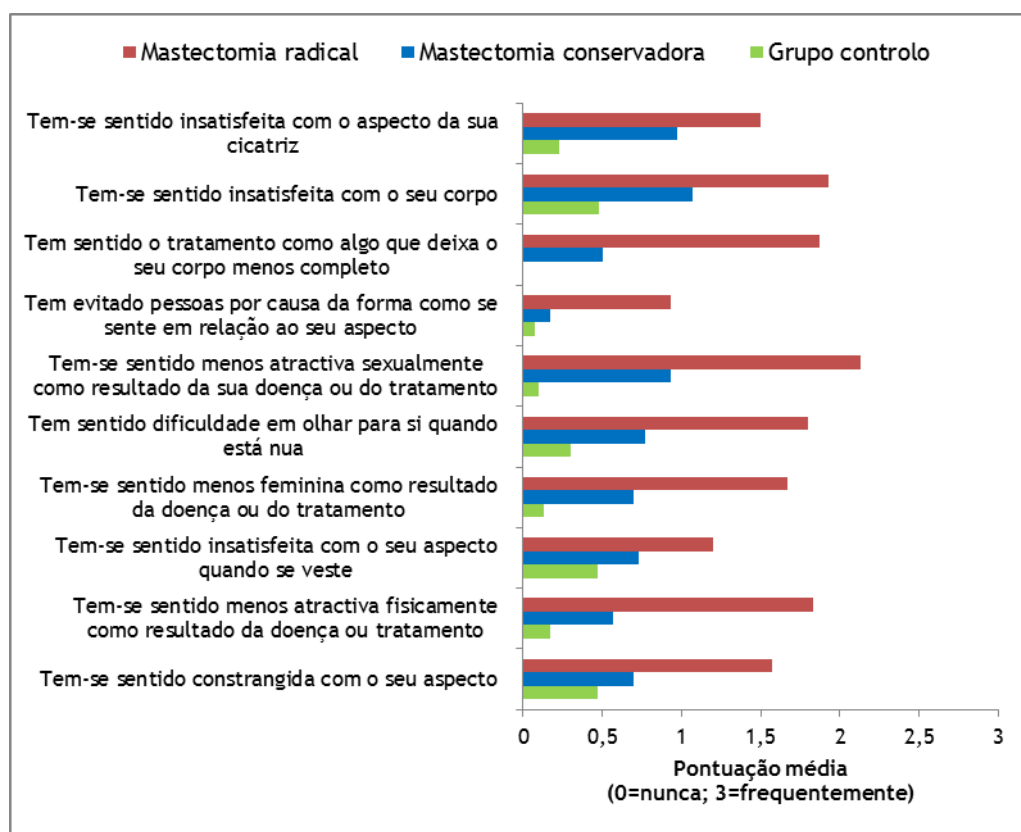


Figura 16 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da imagem corporal

A partir da análise da pontuação total obtida para a imagem corporal (Tabela 32), as mulheres com mastectomia radical apresentam uma pontuação média consideravelmente mais elevada do que as mulheres com mastectomia conservadora (mais do que o dobro) e as do grupo controlo ( $p < 0.001$  para todas as comparações entre grupos). Ainda assim é de salientar que a

pontuação média obtida neste grupo (16.4 pontos) localiza-se aproximadamente no ponto médio da pontuação total possível para esta escala (máximo de 30 pontos).

Tabela 32 - Pontuação total obtida na escala de avaliação da imagem corporal

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)	Valor p
Pontuação total (0-30)				MC/MR/C: (**)
N	30	30	28	MC/MR: (**)
Média (DP)	7.1 (5.25)	16.4 (9.3)	2.4 (3.2)	MC/C: (**)
Mediana (min-máx)	7 (0-24)	19.5 (0-29)	0 (0-10)	MR/C: (**)

NOTA. Quanto maior a pontuação, pior a imagem corporal.

(\*)  $p < 0.05$ ; (\*\*)  $p < 0.001$ .

### 9.15. Autoestima (Rosenberg, 1965)

As respostas dadas às questões da escala que avalia a autoestima das mulheres incluídas neste estudo encontram-se descritas no Anexo V. As respostas dadas às questões “Sinto que tenho algumas qualidades boas”, “Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas”, “Sinto que sou uma pessoa com tanto valor como a maioria das outras pessoas” e “Assumo uma atitude positiva para comigo mesma” mostram-se próximas nos três grupos de mulheres em estudo e em que a grande maioria refere concordar parcialmente/totalmente (Figura 17).

Relativamente à satisfação da mulher consigo própria verifica-se que as mulheres submetidas a mastectomia parcial apresentam um padrão de resposta similar ao do grupo controlo, enquanto as mulheres com mastectomia radical destacam-se com uma resposta mais negativa.

Pela análise das restantes questões, poder-se-á inferir que a autoestima apresenta níveis mais baixos no grupo das mulheres com mastectomia radical, seguidas pelas mulheres com mastectomia parcial, embora as respostas às questões “Sinto que não tenho motivos de orgulho” e “Gostaria de ter mais respeito por mim própria” mostrem-se semelhantes.

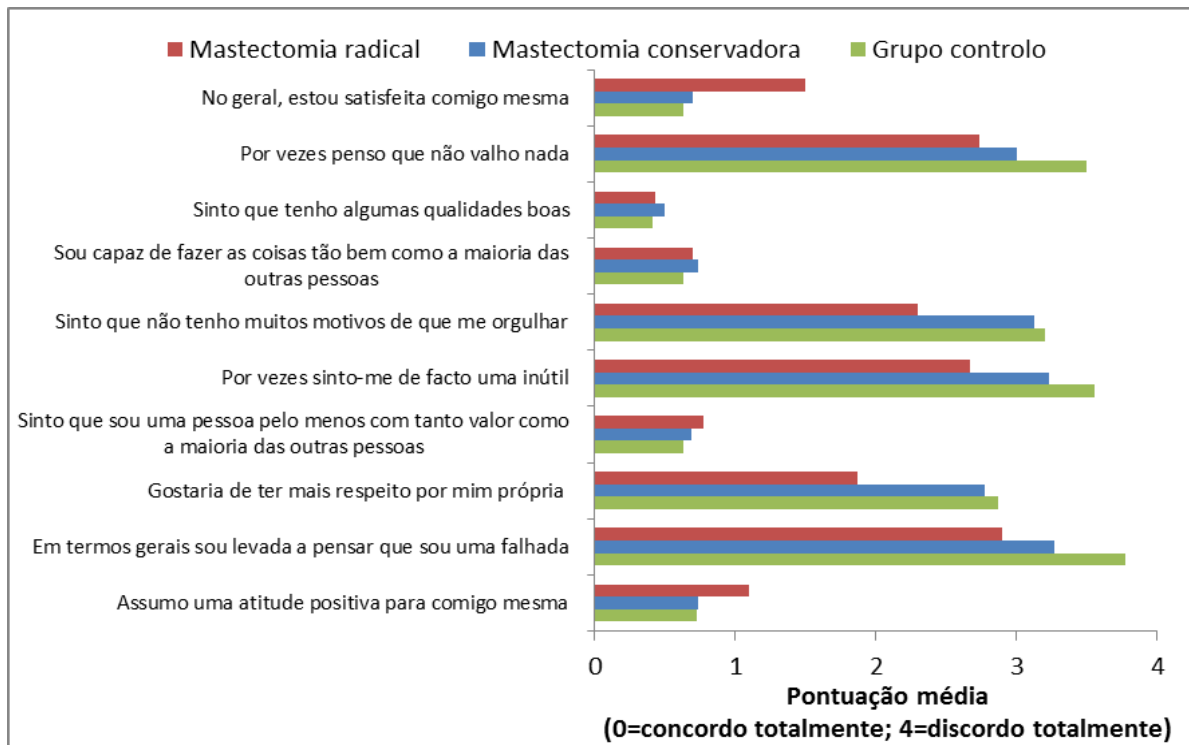


Figura 17 - Pontuações médias obtidas nos itens da escala de avaliação da autoestima

A pontuação total obtida na escala de avaliação da autoestima de Rosenberg et al. encontra-se descrita para cada um dos grupos na Tabela 33. Verifica-se que as pontuações totais variaram entre 27.8 (menor autoestima) para o grupo das mulheres mastectomizadas e 33.7 (maior autoestima) no grupo controlo. Refira-se que o valor máximo possível para esta escala é de 40 pontos e que em todos os grupos se observaram mulheres com esta pontuação máxima (ver máximos).

Ao comparar-se a pontuação total, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, que se explicam devido à diferença observada na autoestima entre o grupo das mulheres com mastectomia radical versus mastectomia conservadora ( $p=0.041$ ) e versus o grupo controlo ( $p=0.004$ ). Não se demonstrou estatisticamente que a autoestima entre mulheres com mastectomia conservadora difere da do grupo controlo.

Tabela 33 - Pontuação total obtida na escala de avaliação da autoestima

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)	Valor p
<b>Pontuação total (0-40)</b>				<b>MC/MR/C: (*)</b>
N	29	30	28	<b>MC/MR: (*)</b>
Média (DP)	31.93 (9.4)	27.97 (8.18)	33.71 (7.44)	<b>MC/C: 0.485</b>
Mediana (min-máx)	36 (11-40)	26 (10-40)	37 (19-40)	<b>MR/C: (*)</b>

NOTA. Quanto maior a pontuação, maior a autoestima.

(\*)  $p<0.05$ ; (\*\*)  $p<0.001$ .

## 9.16.Índice de satisfação sexual (Cardoso, 1994)

As respostas dadas às questões da escala que avalia a satisfação sexual das mulheres incluídas neste estudo à data do preenchimento do questionário encontram-se descritas no Anexo V. A Figura 18 descreve as pontuações médias obtidas em cada item.

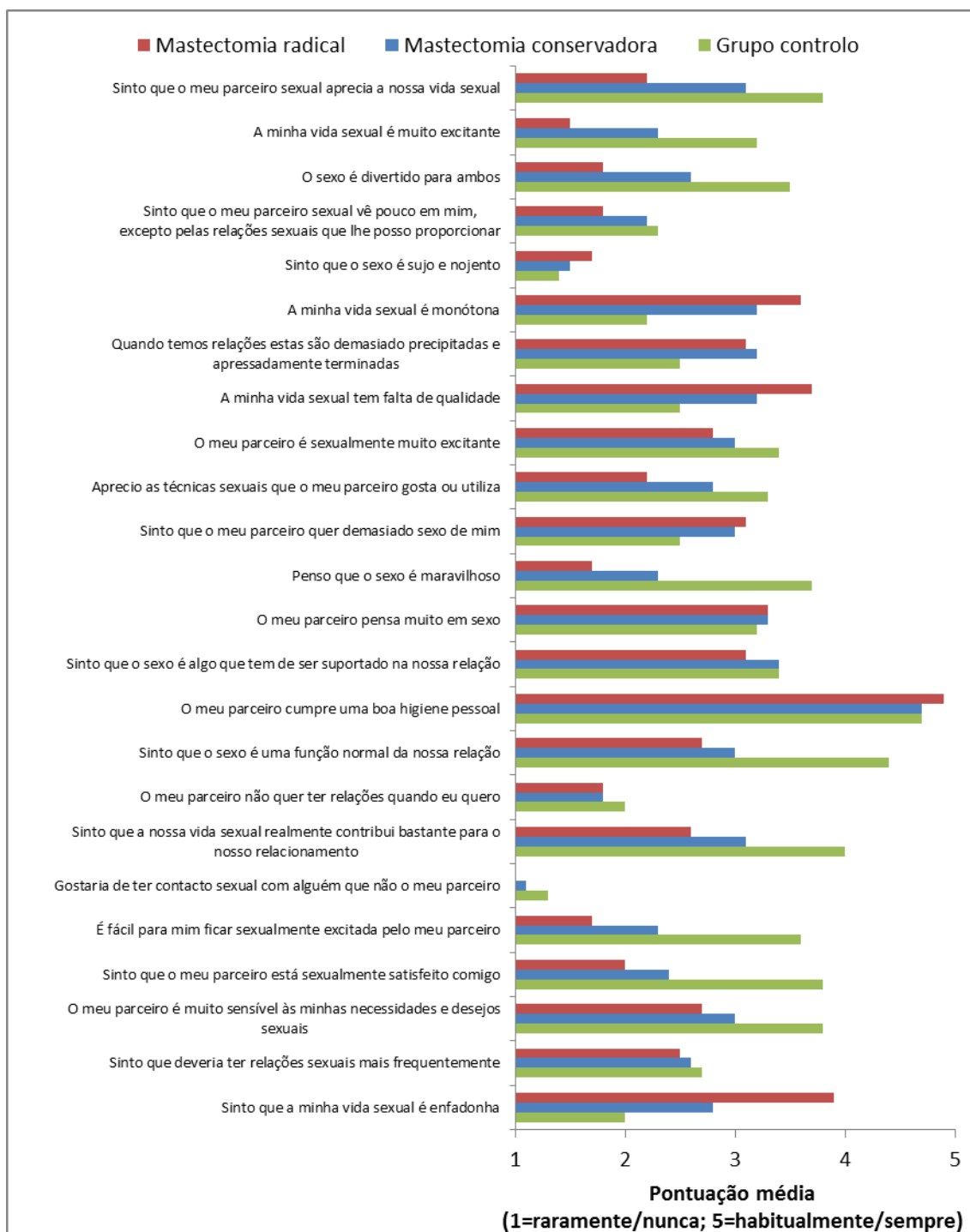


Figura 18 - Pontuações médias obtidas nos itens do índice de satisfação sexual atualmente

As respostas dadas às questões da escala que avalia a satisfação sexual das mulheres incluídas neste estudo anteriormente à cirurgia encontram-se descritas no Anexo V. A Figura 19 descreve as pontuações médias obtidas em cada item.

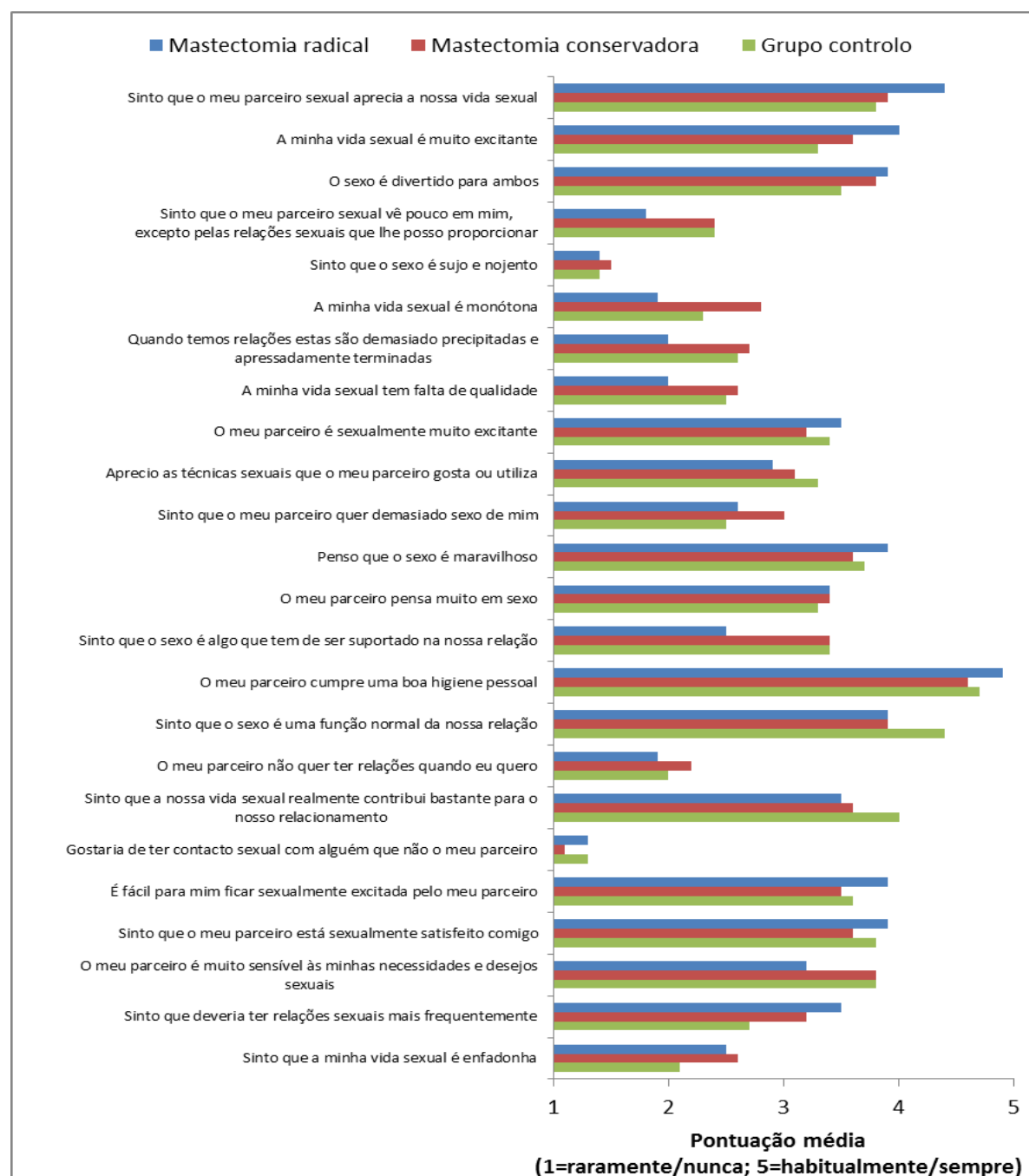


Figura 19 - Pontuações médias obtidas nos itens do índice de satisfação sexual anteriormente à cirurgia

A Figura 20 descreve as pontuações médias obtidas para o índice de satisfação sexual à data do preenchimento do questionário e anteriormente à cirurgia.

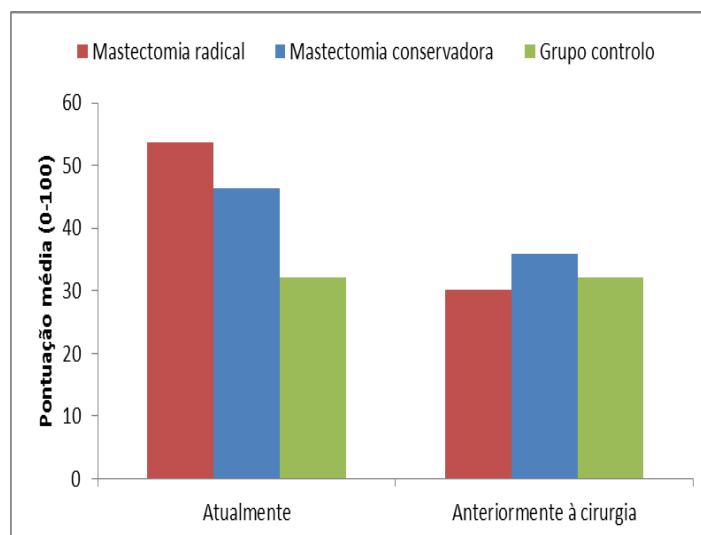


Figura 20 - Pontuações médias obtidas no índice de satisfação sexual atualmente e anteriormente à cirurgia

Relativamente à comparação da satisfação sexual destas mulheres entre os dois momentos avaliados, verifica-se, em média, uma diminuição estatisticamente significativa na satisfação das mulheres após mastectomia, sendo esta diminuição mais marcada na mastectomia radical (aumento de 24 pontos numa escala de 0 a 100;  $p < 0.001$ ) do que na conservadora (aumento de 10 pontos;  $p < 0.001$ ). No grupo controlo, os valores obtidos nos dois momentos mostraram-se idênticos (média de 32 pontos em ambos os momentos) (Tabela 34).

Tabela 34 - Índice de satisfação sexual atualmente e anteriormente à cirurgia

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)	Valor p
<b>Pontuação total atualmente (0-100)</b>				
N	30	29	30	MC/MR/C: (**)
Média (DP)	46.4 (14.5)	53.8 (16.3)	32.1 (15.9)	MC/MR: (*)
Mediana (min-máx)	46.9 (17.7-79.2)	60.4 (12.5-79.2)	32.8 (7.3-69.8)	MC/C: (*)
				MR/C: (**)
<b>Pontuação total anteriormente à cirurgia (0-100)</b>				
N	30	29	30	MC/MR/C: 0.346
Média (DP)	35.9 (13.2)	30.2 (10.3)	32.2 (16)	
Mediana (min-máx)	32.3 (14.6-77.1)	29.2 (9.4-47.9)	32.8 (7.3-69.8)	
<b>Valor p - atualmente versus anteriormente à cirurgia</b>	(**)	(**)	>0.999	

NOTA. Quanto maior a pontuação, menor a satisfação sexual.  
(\*)  $p < 0.05$ ; (\*\*)  $p < 0.001$ .



Quanto à comparação entre grupos, é de concluir que a satisfação sexual foi avaliada de forma idêntica previamente à data da cirurgia entre os três grupos, registrando-se no entanto a redução da satisfação sexual após mastectomia (como descrito anteriormente), verificando-se que os níveis de satisfação passaram a ser estatisticamente mais baixos no grupo das mastectomizadas *versus* controlos ( $p < 0.001$ ) e entre mastectomia conservadora *versus* mastectomia radical ( $p = 0.020$ )

## 9.17. Correlações entre escalas

### 9.17.1 Correlação entre escalas em cada grupo

De acordo com a Tabela 35, no grupo das mulheres com mastectomia conservadora, uma maior satisfação sexual encontra-se correlacionada com um maior nível de autoestima da mulher ( $p = 0.001$ ), com uma melhor imagem corporal ( $p < 0.001$ ), com um menor impacto do tratamento mamário ( $p = 0.005$ ), melhor estado de saúde global ( $p = 0.032$ ), com uma maior funcionalidade a nível das dimensões desempenho ( $p = 0.002$ ) e emocional ( $p = 0.037$ ), e com uma melhor relação com o corpo pré-mórbido ( $p = 0.002$ ). Por outro lado, a correlação entre a satisfação sexual e a qualidade de vida da mulher nas dimensões física, cognitiva e social, não se revelou estatisticamente significativa, tal como a correlação entre a satisfação sexual e a relação com o corpo mórbido.

Verifica-se ainda que, no grupo das mulheres com mastectomia conservadora, um maior nível de autoestima encontra-se correlacionado com uma melhor imagem corporal ( $p < 0.001$ ), melhor estado de saúde global ( $p = 0.015$ ), maior qualidade de vida a nível emocional ( $p = 0.008$ ), cognitivo ( $p = 0.008$ ) e social ( $p = 0.007$ ), tal como com uma melhor relação com o corpo pré-mórbido ( $p < 0.001$ ). Neste grupo de mulheres, uma melhor imagem corporal encontra-se ainda associada a um menor impacto do tratamento mamário ( $p < 0.001$ ), a uma maior funcionalidade emocional ( $p = 0.012$ ) e a uma melhor relação com o corpo mórbido ( $p = 0.001$ ) (Tabela 35).

Quanto ao grupo das mulheres com mastectomia radical (Tabela 36), a satisfação sexual surge unicamente correlacionada (com significado estatístico) com o estado de saúde global ( $p = 0.037$ ) e com o domínio emocional ( $p = 0.040$ ) avaliado segundo a escala EORTC QLQ-C30, verificando-se que uma maior satisfação sexual encontra-se relacionada com um melhor estado de saúde e um melhor estado emocional.

Nas mulheres com mastectomia radical, foram ainda identificadas as seguintes correlações, entre as restantes escalas, como estatisticamente significativas (Tabela 36):

- Autoestima versus relação com o corpo pré-mórbido ( $p=0.033$ ), em que maiores níveis de autoestima são encontrados nas mulheres com melhor relação com o corpo pré-mórbido;
- Imagem corporal versus impacto do tratamento mamário ( $p<0.001$ ), dimensão social ( $p=0.018$ ) e relação com o corpo mórbido ( $p=0.001$ ), concluindo-se que mulheres com melhor imagem corporal refletem um menor impacto do tratamento mamário, melhor funcionalidade social e melhor relação com o corpo mórbido;
- Um menor impacto do tratamento mamário associa-se a mulheres com maior funcionalidade social ( $p=0.007$ ) e melhor relação com o corpo mórbido ( $p=0.001$ );
- Melhor relação com o corpo mórbido encontra-se associada a uma maior funcionalidade cognitiva ( $p=0.005$ ).

De acordo com a Tabela 37, no grupo controlo, uma maior satisfação sexual encontra-se correlacionada com uma melhor auto-estima ( $p=0.026$ ), um melhor estado de saúde global ( $p=0.007$ ), uma melhor qualidade de vida no domínio físico ( $p=0.015$ ) e uma melhor relação com o corpo pré-mórbido ( $p=0.010$ ).

No grupo controlo, verifica-se ainda que, de acordo com a Tabela 37:

- Uma maior autoestima encontra-se associada a um melhor imagem corporal ( $p=0.030$ ), melhor funcionalidade social ( $p=0.036$ ), melhor relação com o corpo pré-mórbido ( $p<0.001$ ) e com o corpo mórbido ( $p=0.020$ );
- Uma melhor imagem corporal associa-se a um melhor estado de saúde global ( $p=0.010$ ) e a uma melhor relação com corpo pré-mórbido ( $p=0.008$ );
- Uma melhor relação com corpo pré-mórbido encontra-se associada a um melhor estado de saúde global ( $p=0.038$ );
- Uma melhor relação com o corpo mórbido encontra-se correlacionada com uma melhor relação com o corpo pré-mórbido ( $p=0.011$ ) e uma maior funcionalidade cognitiva ( $p=0.034$ ).

Tabela 35 Correlações entre escalas nas mulheres com mastectomia conservadora

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
-	-	-0.642(**)	-0.324	0.448 (*)	-0.047	0.288	0.485(*)	0.485(*)	0.488(*)	-0.624(**)	-0.301	-0.595(*)
1. Autoestima		-	0.694(**)	-0.311	-0.099	-0.073	-0.454(*)	-0.130	-0.109	0.245	0.568(*)	0.638(**)
2. Imagem corporal			-	-0.200	0.109	0.171	-0.145	0.078	-0.018	0.320	0.356	0.500(*)
3. Impacto do tratamento mamário				-	0.249	0.323	0.483(*)	0.465(*)	0.490(*)	-0.018	-0.325	-0.393(*)
4. Estado de saúde global					-	0.488(*)	0.228	0.256	0.109	0.184	0.231	-0.185
5. Dimensão física						-	0.252	0.247	0.230	-0.138	0.041	-0.543(*)
6. Dimensão desempenho							-	0.688(**)	0.385(*)	-0.175	-0.184	-0.382(*)
7. Dimensão emocional								-	0.789(**)	-0.160	0.114	-0.030
8. Dimensão cognitiva									-	-0.242	0.186	-0.055
9. Dimensão social										-	-0.092	0.538(*)
10. Relação com o corpo pré-mamário											-	0.269
11. Relação com o corpo mamário												-
12. Satisfação sexual												

(\*) p&lt;0.05; (\*\*) p&lt;0.001.

Tabela 36 - Correlações entre escalas nas mulheres com mastectomia radical

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Autoestima	-	-0.287	-0.335	-0.111	-0.056	-0.214	0.198	-0.094	0.252	-0.391(*)	-0.178	-0.220
2. Imagem corporal		-	0.650(**)	-0.103	0.017	-0.079	-0.358	0.138	-0.428(*)	0.114	0.855(**)	0.347
3. Impacto do tratamento no âmbito			-	0.002	0.058	0.011	-0.297	0.155	-0.492(*)	0.319	0.580(*)	0.124
4. Estado de saúde global				-	0.382(*)	0.444(*)	0.579(**)	0.074	0.128	0.000	-0.122	-0.390(*)
5. Dimensão física					-	0.433(*)	0.485(*)	0.364	0.143	-0.167	0.116	-0.069
6. Dimensão desempenho						-	0.145	0.098	0.116	0.178	-0.036	0.083
7. Dimensão emocional							-	0.390(*)	0.637(**)	-0.250	-0.146	-0.391(*)
8. Dimensão cognitiva								-	0.219	0.202	0.507(*)	-0.020
9. Dimensão social									-	-0.315	-0.238	-0.046
10. Relação com o corpo pré-morbida										-	0.151	0.239
11. Relação com o corpo morbida											-	0.178
12. Satisfação sexual												-

(\*) p&lt;0.05; (\*\*) p&lt;0.001.

Tabela 37 - Correlações entre escalas nas mulheres do grupo controle

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Autoestima	-	-0.418(*)	0.290	-0.041	0.351	0.186	0.252	0.397(*)	-0.684(***)	-0.438(*)	-0.420(*)
2. Imagem corporal		-	-0.480(*)	-0.284	0.021	-0.270	-0.358	0.104	0.489(*)	0.299	0.037
3. Estado de saúde global			-	0.700(***)	0.395(*)	0.414(*)	0.247	0.064	-0.381(*)	-0.102	-0.480(*)
4. Dimensão física				-	0.366(*)	0.143	0.114	-0.049	-0.151	-0.015	-0.442(*)
5. Dimensão desempenho					-	0.095	-0.020	0.646(***)	-0.276	-0.061	-0.347
6. Dimensão emocional						-	0.553(*)	-0.041	-0.218	-0.190	-0.165
7. Dimensão cognitiva							-	-0.122	-0.352	-0.395(*)	-0.130
8. Dimensão social								-	-0.293	0.133	-0.117
9. Relação com o corpo pré-múlbido									-	0.460(*)	0.462(*)
10. Relação com o corpo múlbido										-	0.219
11. Satisfação sexual											-

(\*) p&lt;0.05; (\*\*) p&lt;0.001.

### 9.17.2. Correlação entre escalas para a amostra total

Uma vez que cada um dos três grupos em análise encontra-se representado por uma amostra de apenas 30 indivíduos, e dada a variabilidade do nível de satisfação ser dependente do grupo em análise, achou-se oportuno avaliar o nível de correlação entre escalas considerando a amostra na sua globalidade.

De acordo com a Tabela 38, constata-se que a satisfação sexual correlaciona-se significativamente, embora com coeficientes de correlação moderados, com a autoestima, imagem corporal, impacto do tratamento mamário, estado de saúde global, qualidade de vida nos domínios físico, desempenho e emocional e na relação da mulher com o corpo pré-mórbido e mórbido. Apenas a funcionalidade nas dimensões cognitiva e social não se revelaram como estando correlacionadas com a satisfação sexual da mulher.

Tabela 38 - Correlações entre escalas na amostra total de mulheres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Autoestima	-	-0.505(***)	-0.427(***)	0.311(*)	-0.009	0.203	0.372(***)	0.303(*)	0.422(***)	-0.652(***)	-0.446(***)	-0.500(***)
2. Imagem corporal	-	-	0.684(***)	-0.474(***)	-0.192	-0.205	-0.392(***)	-0.280(*)	-0.245(*)	0.488(***)	0.789(***)	0.538(***)
3. Impacto do tratamento no âmbito	-	-	-	-0.198	-0.005	-0.122	-0.184	0.130	-0.274(*)	0.519(***)	0.635(***)	0.408(***)
4. Estado de saúde global	-	-	-	-	0.463(***)	0.436(***)	0.569(***)	0.368(***)	0.292(*)	-0.308(*)	-0.416(***)	-0.492(***)
5. Dimensão física	-	-	-	-	-	0.466(***)	0.314(*)	0.297(*)	0.124	-0.085	-0.048	-0.227(*)
6. Dimensão desempenho	-	-	-	-	-	-	0.207	0.196	0.352(***)	-0.180	-0.159	-0.261(*)
7. Dimensão emocional	-	-	-	-	-	-	-	0.560(***)	0.420(***)	-0.290(*)	-0.284(*)	-0.370(***)
8. Dimensão cognitiva	-	-	-	-	-	-	-	-	0.381(***)	-0.206	-0.128	-0.195
9. Dimensão social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.381(***)	-0.179	-0.192
10. Relação com o corpo pré-menstrual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.421(***)	0.546(***)
11. Relação com o corpo menstrual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.485(***)
12. Satisfação sexual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(\*) p&lt;0.05; (\*\*) p&lt;0.001.





## 10. Discussão

Só recentemente a área científica da Psicologia tem vindo a interessar-se pelas repercussões, em grau e tipo, com que a radicalidade da mastectomia se manifesta sobre os diferentes domínios do “eu feminino”. Entre estes, assumem particular relevância os problemas, de resposta e adaptação, dos domínios da funcionalidade psicosocial, afetiva e sexual da mulher.

Sendo recente, conduzido sob diversas perspetivas e abordagens teóricas, é legítima a não linearidade de conclusões que essas investigações têm gerado, fundamentando a importância do olhar crítico sobre os pressupostos em redor do problema.

A incidência clínica, complexidade da essência molecular e dependência hormonal do processo oncogénico, atribuem à doença uma dimensão individual de particular relevância que, fundamentando a imprevisibilidade temporal da evolução e do comportamento clínico de cada caso, justificam as muito negativas e preocupantes perspetivas com que o cancro da mama ecoa na clínica e na opinião pública. A frequência, enorme variedade de formas genéticas que a evolução do conhecimento tem vindo a identificar e as expectativas no domínio da terapêutica biológica, fazem do cancro da mama uma das áreas do saber sob maior escrutínio, tanto social como no domínio da investigação científica e uma das mais desafiantes e complexas áreas do saber bio-médico.

Marcadamente ajustada à idade e ao pico de incidência a partir da 5ª década de vida, o cancro da mama persiste como a lesão neoplásica maligna mais frequente e principal causa de morte por cancro na mulher.

Sob duas premissas, tão nucleares quanto delicadas, a cirurgia persiste como a única arma terapêutica com, isolada, potencialidade curativa. A primeira é a de que, como sempre acontece em oncologia, se possam tratar lesões precoces de doença, sendo que a segunda premissa é a que impõe que a intervenção cirúrgica consista, sempre, numa ressecção, mais ou menos alargada, da mama (mastectomia).

Porque a mama é um órgão nuclear na sexualidade feminina e a mastectomia significa mutilação, a sua realização implica, necessariamente, um comprometimento da integridade física, social e emocional da mulher. Por outro lado, as muito pesadas repercussões clínicas e biológicas do tratamento complementar (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e os recentes agentes biológicos), potencializam as repercussões físicas da cirurgia contribuindo, muito significativamente, para a imagem negativa com que a sociedade vem qualificando, doença e tratamento.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida sexual da mulher com mastectomia radical *versus* mastectomia conservadora, por cancro da mama, e analisar as diferenças nas repercussões destas intervenções sobre a adaptação psicossocial e a imagem corporal das mulheres. Usou-se ainda um grupo de mulheres sem patologia oncológica e sem história de intervenção cirúrgica mamária como controlo.

No grupo das participantes com mastectomia conservadora o estadió da doença era, no momento do estudo, maioritariamente III, com tumores sobretudo de graus 1 e 2. Nos casos de mastectomia radical o estadió da doença foi maioritariamente IV com mais prevalência de tumores de grau 2 e 3. A reconstrução mamária foi realizada em apenas 4 mulheres pertencentes ao grupo da mastectomia radical.

Após cirurgia, a quase totalidade das participantes de ambos os grupos efetuaram quimioterapia combinada com radioterapia, no entanto, no momento do estudo, a maioria das mulheres de cada grupo não estava a realizar nenhum tipo de tratamento. Verificando-se que, em todos os grupos, o tratamento realizado mais frequentemente no momento do estudo era hormonoterapia.

De um modo geral o momento da comunicação do diagnóstico da doença é um dos momentos mais penosos para estas mulheres. Neste estudo verificou-se que nas mulheres submetidas a mastectomia conservadora os sentimentos foram menos marcantes do que no grupo das mulheres submetidas a mastectomia radical. Globalmente, os sentimentos mais evidenciados foram tristeza, angústia, desespero e medo, o que também se verifica nos estudos publicados por Amâncio (2007), Cembranel (2007), Duarte (2003), Oliveira (2010), Pires Moura (2010) e Talhaferro (2007). Em todos os grupos, o sentimento menos valorizado foi “vontade de morrer”, contrariamente a outros estudos publicados em que é referido o medo da morte (Duarte, 2003; Oliveira, 2010; Rossi, 2003).

Alguns autores referem também que para algumas mulheres o processo do diagnóstico não causou grande impacto (Amâncio, 2007; Oliveira, 2010), estando este tipo de reação associado à fé e conforto espiritual (Pires Moura, 2010), mas também ao apoio recebido por parte da equipa médica e da família e amigos (Amâncio, 2007; Cembranel, 2007; Duarte, 2003). Amâncio (2007) refere que o apoio e o carinho dado à mulher pela família ajudam-na a enfrentar os tratamentos de forma menos traumática, apontando ainda que o apoio familiar e a forma como a família reage ao diagnóstico como um dos recursos externos de grande relevância. Por outro lado, em Rossi (2003) é referido que a disponibilidade e o apoio da equipa médica diminuem a ansiedade da mulher, melhorando a sua condição emocional e o seu bem-estar psicológico.

No que diz respeito ao impacto do tratamento pretendeu-se avaliar sentimentos, pensamentos ou outras situações vivenciadas pela mulher face ao tratamento aplicado. A maior diferença registada entre os dois grupos de mulheres mastectomizadas foi no item “Incomoda-me ser vista nua”, em que as mulheres submetidas a mastectomia radical apresentaram uma pontuação bastante superior à das mulheres com mastectomia conservadora. Outras questões relacionadas com a cicatriz ou a deformação do corpo foram também evidenciadas pelas mulheres submetidas a mastectomia radical, que também revelaram maior constrangimento em mostrar-se ao seu companheiro. Estes aspetos poderão relacionar-se com sentimentos negativos como vergonha, falta de atratividade e desvalorização da sua imagem, tal como descrito por Vásquez-Ortiz (2010).

Globalmente o impacto do tratamento foi, em pontuação média, duas vezes superior nas mulheres submetidas a mastectomia radical comparando com as mulheres com mastectomia conservadora, o que indica que o tratamento mamário radical tem um elevado impacto para estas mulheres, constituindo um elevado *stress* devido à alteração corporal associada. Esta questão é também abordada por diversos autores na literatura (Almeida, 2012; Brandeberg, 2008; Cesnik, 2012; Duarte, 2003; Fobair, 2006; Graziottin, 2007; Monteiro-Grillo, 2005; Silva, 2008; Vásquez-Ortiz, 2010). Estes autores referem, de forma mais direta ou indireta, que o tratamento mamário radical tem impacto para mulheres submetidas a mastectomia, porque são afetadas de forma adversa ou porque tem um efeito negativo na sua feminidade ou pela presença de sentimentos negativos, ou porque é um evento traumático, ou porque causou grande sofrimento.

Silva (2008) refere que, em geral, quanto mais invasivo for o processo cirúrgico maior será o grau de alteração vivenciado na imagem corporal, também reportado por Almeida (2012), que especifica que os maiores problemas de imagem corporal se revelaram em mulheres mastectomizadas, com menor autoestima, menor atratividade, maior insatisfação com o corpo e maiores prejuízos na vida sexual e social, quando comparadas a mulheres com cirurgias conservadoras.

Silva (2008) considera que a perceção de mutilação corporal pode levar a um incremento da angústia e dos sentimentos negativos. No entanto os resultados publicados a este respeito não são unânimes (Silva, 2008; Monteiro-Grillo, 2005). Silva (2008) refere que há autores que encontraram ajustamentos psicossociais semelhantes tanto para as cirurgias mais invasivas como para as mais conservadoras, enquanto que outros resultados apontaram para a diminuição da satisfação com a imagem corporal nas mastectomizadas. Em Monteiro-Grillo (2005) refere-se que o impacto da cirurgia varia de mulher para mulher, com evidências de que o trauma associado à agressão física é suplantado pelo medo da morte por cancro.

A qualidade de vida foi avaliada através das escalas EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23 nas dimensões de funcionalidade (física, funcional/desempenho, cognitiva, emocional, social), sintomatologia, imagem corporal, função sexual e perspetivas futuras associados à condição destas mulheres.

Assim, a imagem corporal vem sendo considerada um constructo importante e, por isso, tem aparecido constantemente nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida” (Gonçalves et al., 2012, p. 44). É, ainda, de salientar, que o “diagnóstico pode vir acompanhado de fadiga, menopausa precoce, distúrbios na sexualidade, alterações cognitivas, psicológicas e na imagem corporal que afetam significativamente a Qualidade de Vida (QDV).

De um modo global, as mulheres com mastectomia radical indicaram piores níveis de funcionalidade e qualidade de vida. Numa revisão de literatura Lotti (2008) observou que mulheres submetidas à mastectomia são mais prováveis de ter pior qualidade de vida do que as submetidas a tratamento conservador da mama (Cantinelli, 2006). Ao longo do tempo, o mesmo autor refere que as pontuações das mulheres em tratamento conservador melhoraram para todas as variáveis do EORTC QLQ-C30. No entanto, Rebelo (2007) verificou que as mulheres submetidas a tumorectomia avaliaram a sua imagem corporal de modo mais negativo, o que se explica por as mulheres mastectomizadas poderem fazer uma autoavaliação do seu corpo influenciada pela crença de que o procedimento cirúrgico a que foram submetidas possa ser considerado como uma medida mais segura para controlo e prevenção da doença.

No presente trabalho as mulheres do grupo controlo revelaram melhores níveis de funcionalidade (mais saudável) independentemente da dimensão analisada, resultados que estão de acordo com os observados por Silva (2010), em que mulheres submetidas a mastectomia apresentaram maiores limitações funcionais do que as mulheres que não foram submetidas a esse tratamento cirúrgico. Manos (2005) observou que piores níveis de funcionalidade correspondem a perceções mais negativas da imagem corporal, estando a imagem corporal correlacionada com a qualidade de vida e dimensão física.

Na dimensão funcionalidade, em que se avaliaram as componentes física, desempenho, cognitiva, emocional e social, as mulheres com mastectomia radical revelaram melhores resultados nas subescalas física e cognitiva, enquanto as mulheres com mastectomia conservadora demonstraram melhores resultados nas subescalas de desempenho e social. As mulheres do grupo de controlo foram as que obtiveram as pontuações mais elevadas em todas as subescalas, com particular enfoque na cognitiva e social. Estes resultados podem ser explicados pelas mesmas razões apontadas anteriormente por Rebelo (2007) em que as mulheres mastectomizadas podem considerar o procedimento cirúrgico como uma medida mais segura para controlo da doença, sentindo-se fisicamente melhor, enquanto que as

mulheres com mastectomia conservadora, ao manterem a mama, apresentam-se socialmente mais confiantes com a sua imagem corporal. Cantinelli (2006) refere o tratamento conservador como estando associado a melhor qualidade de vida, uma vez que as mulheres com mastectomia total, de um modo geral, se sentem menos atraentes, não gostam da sua aparência geral e apresentam limitações no trabalho e em atividades de lazer e do dia a dia. Estes dados suportam os resultados obtidos no presente trabalho.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente ao desempenho, dimensão emocional, dimensão cognitiva e qualidade de vida. Sendo as diferenças de dimensão emocional, cognitiva e qualidade de vida sobretudo entre os dois grupos de mulheres mastectomizadas comparativamente ao de controlo. Estes resultados sugerem que efetivamente o tratamento para o cancro da mama interfere no estado emocional das mulheres com elevado impacto na sua qualidade de vida, também referido por Lotti (2008). Cantinelli (2006) reportou a perda de qualidade de vida como estando associada a baixos índices de funcionalidade emocional, imagem corporal e perspetivas de futuro, sobretudo em mulheres sujeitas a tratamento por quimioterapia.

O estado global de saúde foi a dimensão com pontuações mais baixas, correspondendo, assim, à dimensão que as mulheres consideram estar mais deteriorada, independentemente do grupo em análise.

Relativamente à sintomatologia, os resultados para fadiga, náuseas, vómitos e obstipação foram estatisticamente diferentes entre os três grupos analisados, o que pode eventualmente ser explicado pela diferença de tratamentos que as mulheres fazem atualmente (Cantinelli, 2006; Lotti, 2008; Rebelo, 2007). Oliveira (2010) refere que as reações do tratamento como mal-estar, náuseas e vómitos, alopecia, fadiga, entre outros, contribuem para uma sensação de vulnerabilidade e inaptidão física destas mulheres. De um modo geral, o impacto negativo dos sintomas associados à quimioterapia sobre a qualidade de vida destas mulheres é apontado por diversos autores (Cantinelli, 2006; Rebelo, 2007).

Nas mulheres submetidas a mastectomia radical, o estado de saúde no futuro e a queda de cabelo (Cantinelli, 2006; Cembranel, 2007; Duarte, 2003; Oliveira, 2010; Rossi, 2003) foram os aspetos que se revelaram de maior preocupação comparando com as respostas observadas nas mulheres com mastectomia conservadora e grupo de controlo, o que poderá estar associado à maior gravidade associada à condição deste grupo de mulheres. Oliveira (2010) refere que a queda dos cabelos pode ter um efeito devastador para algumas mulheres, por representar um indicador visível da doença e desfigurar a imagem feminina. Do mesmo modo, Cembranel (2007) salienta que os efeitos adversos causados pela quimioterapia são enfrentados com muitas dificuldades pelas mulheres, uma vez que podem ocasionar mudanças nas suas rotinas diárias, além do efeito estético que afeta a autoestima da mulher.

Nas subescalas imagem corporal, função sexual e perspectiva futura, a imagem corporal foi, nos três grupos estudados, a que apresentou melhores resultados, tendo-se verificado a mesma tendência em todos os grupos. A mastectomia radical e mastectomia conservadora não mostraram diferenças relativamente ao prazer sexual e perspectiva futura, resultados que estão em linha com os descritos por Rebelo (2007) e Cantinelli (2006).

Com a escala ‘Relação com o corpo’ pretendeu-se avaliar a imagem corporal da mulher por comparação do corpo de forma geral e do corpo doente. Este estudo permitiu verificar que, de um modo global, as mulheres submetidas a mastectomia conservadora e as do grupo controlo dão mais importância ao seu corpo, apesar de as respostas referentes à valorização da imagem do corpo serem muito semelhantes nos três grupos. Considerando o corpo doente, verificou-se que a relação com o corpo é pior nas mulheres com mastectomia radical do que nas com mastectomia conservadora.

No entanto em ambos os grupos a sensação de que a doença e/ou o tratamento deixou o corpo incompleto foi a questão com pior pontuação registada, o que também se verificou na literatura publicada (Amâncio, 2007; Cantinelli, 2006; Duarte, 2003; Gasparelo, 2010; Pires Moura, 2010; Silva, 2008; Talhaferro, 2007). Segundo Amâncio (2007) perder os seios é, para a mulher, um luto quase insustentável em determinadas situações vitais, pois constituem um elemento primário de feminilidade. Pires Moura (2010) refere sentimentos de desolação das mulheres face à mutilação a que foram submetidas bem como a rejeição e inferioridade ocasionados pela perda da mama, com consequência de alteração na autoestima destas mulheres. Globalmente, no presente trabalho, as mulheres com mastectomia radical apresentaram pior relação com o seu corpo, tanto de forma geral (corpo pré-mórbido) como com o corpo doente (corpo mórbido).

A imagem corporal foi também avaliada através da escala ‘Imagem corporal de Hopwood’. Os resultados deste estudo revelaram que as mulheres submetidas a mastectomia radical apresentaram, nesta escala, uma pontuação global média de mais do dobro relativamente às mulheres com mastectomia conservadora ou do grupo controlo. Estes resultados indiciam uma grande insatisfação das mulheres com mastectomia radical face à sua imagem e ao seu corpo (Silva, 2008), corroborado pela resposta ao item “Tem-se sentido menos atractiva sexualmente como resultado da doença/tratamento” em que se identificaram as piores pontuações neste grupo de mulheres. Por outro lado, verificou-se que neste grupo o aspeto social foi o menos afetado, sendo estes resultados também reportados por outros estudos publicados na literatura (Cantinelli, 2006; Fobair, 2006; Makluf, 2006; Manos, 2005; Markopoulos, 2009; Monteiro-Grillo, 2005; Vásquez-Ortiz, 2010). Para Vásquez-Ortiz (2010), a desvalorização da atratividade física bem como a presença de outros sentimentos negativos associados à própria imagem corporal, são sobretudo consequência da amputação da mama. Este autor salienta que a mastectomia se associa a uma maior incidência de atitudes negativas relacionadas com

o próprio corpo, como é o caso da nudez. Do mesmo modo, Manos (2005) considera que a imagem corporal pode alterar-se independentemente das emoções vividas pela mulher, sendo a própria alteração da imagem corporal responsável pelas alterações emocionais e não consequência das mesmas.

Na avaliação da autoestima e autoaceitação das mulheres verificou-se que as mulheres com mastectomia radical se destacaram com respostas mais negativas relativamente à satisfação consigo própria, no entanto as mulheres submetidas a mastectomia conservadora e as do grupo controlo apresentaram padrões de resposta similares. Globalmente, a autoestima mostrou-se mais baixa no grupo das mulheres com mastectomia radical (Cantinelli, 2006).

Estes resultados também são referidos por Almeida (2012), que, através de revisão sistemática, observou que os estudos que apontam maiores problemas na imagem corporal estiveram associados às cirurgias mais invasivas com mulheres mastectomizadas a relatar menos autoestima, menor atratividade, maior insatisfação com o próprio corpo e maiores prejuízos na vida sexual e social, se comparadas a mulheres submetidas a cirurgias conservadoras. Esta autora considera que a influência da imagem corporal na autoestima e feminilidade da mulher pode produzir efeitos nocivos na sua qualidade de vida e estado emocional. Pires Moura (2010) refere mesmo que a diminuição da autoestima é um dos maiores problemas encontrados durante o pós-operatório, podendo dificultar o tratamento pelas repercussões psicológicas que acarreta.

Pretendeu-se, através da aplicação do índice de satisfação sexual, avaliar os níveis de satisfação, ou insatisfação, no contexto do relacionamento do casal. Esta escala foi aplicada em dois momentos diferentes, reportando-se ao momento do estudo e anteriormente à cirurgia. As pontuações mais altas indicam níveis de maior insatisfação.

De um modo geral verifica-se que as mulheres submetidas a mastectomia radical são as mais insatisfeitas com a sua vida sexual atual, face aos outros dois grupos (Makluf, 2006; Markopoulos, 2009; Monteiro-Grillo, 2005). Os autores Makluf (2006), Markopoulos (2009) e Monteiro-Grillo (2005) também concluíram que as mulheres submetidas a mastectomia radical são as mais insatisfeitas com a sua vida sexual por comparação às mulheres submetidas a mastectomia conservadora. Do mesmo modo, este grupo de mulheres apresenta também maiores diferenças na satisfação com a vida sexual entre os dois momentos avaliados, ainda que essa diferença seja também identificada no grupo das mulheres com mastectomia conservadora. No grupo controlo, os valores obtidos nos dois momentos mostraram-se idênticos. Estas diferenças são compatíveis com o facto de que algumas das mulheres mastectomizadas não terem retomado a vida sexual após a cirurgia enquanto que todas as do grupo controlo retomaram a sua vida sexual. Por outro lado, verificou-se que, nos grupos em estudo, o número de relações sexuais sofreu uma redução pronunciada após cirurgia, com

maior impacto no grupo das mulheres submetidas a mastectomia radical e bastante ligeiro no grupo controlo, o que também se verifica noutros estudos na literatura (Cesnik, 2012; Graziottin, 2007; Vásquez-Ortiz, 2010).

Por exemplo, Cesnik (2012) verificou, em geral, uma diminuição da frequência de relações sexuais como consequência do cancro da mama devido a diversos fatores associados à patologia, como diminuição do desejo sexual, cansaço, mal-estar relacionado com os tratamentos de quimioterapia, sentimentos de baixa atratividade, entre outros. Também referido por esta autora, as mulheres submetidas a cirurgia conservadora apresentaram menor redução na frequência de relações sexuais do que as submetidas a procedimentos cirúrgicos mais invasivos. Os desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos foram justificativos para a diminuição do desejo e da frequência das relações sexuais, tanto para Cesnik (2012) como para Vásquez-Ortiz (2010), que acrescenta as sequelas psicológicas e *stress* emocional a esta problemática, que associadas à insatisfação com a imagem corporal poderão influenciar a motivação para um envolvimento sexual.

Neste estudo verificou-se, para o grupo das mulheres com mastectomia conservadora, correlação com resultados estatisticamente significativos entre a escala de autoestima e as de imagem corporal, dimensão emocional, dimensão cognitiva, dimensão social, relação com o corpo pré-mórbido e satisfação sexual. A escala de imagem corporal mostrou correlação estatisticamente significativa com o impacto do tratamento mamário e com as escalas de dimensão emocional, relação com o corpo mórbido e satisfação sexual. O impacto do tratamento mamário e a relação com o corpo pré-mórbido correlacionaram-se significativamente com a satisfação sexual.

Estes resultados corroboram os de alguns estudos publicados (Almeida, 2012; Amâncio, 2007; Fobair, 2006; Gasparelo, 2010; Manos, 2005; Talhaferro, 2007), em que se verificou que para as mulheres submetidas a mastectomia conservadora a autoestima se correlacionou com a imagem corporal e satisfação sexual. Neste estudo, para as mulheres submetidas a mastectomia conservadora verificou-se que uma maior satisfação sexual se encontra correlacionada com um maior nível de autoestima e com uma melhor imagem corporal. A imagem corporal correlacionou-se com o impacto do tratamento, mas também com a dimensão emocional e satisfação sexual (Almeida, 2012) percecionando-se, deste modo, a importância da imagem corporal para este grupo de mulheres, para quem a aparência se revela intrinsecamente ligada a questões emocionais, autoestima e consequentemente satisfação sexual. Estas questões foram também levantadas e confirmadas por Ramos (2005), que verificou que quando existem problemas ao nível da valorização da aparência existe também um maior insatisfação sexual, sendo a qualidade do relacionamento influenciada pelo tempo decorrido após os tratamentos e pelo grau de satisfação sexual anterior à cirurgia (Duarte, 2003; Gasparelo, 2010; Rossi, 2003).



No grupo das mulheres com mastectomia radical avaliadas neste estudo verificou-se correlação com significado estatístico entre a escala de autoestima e a relação com o corpo pré-mórbido, mas também da escala de imagem corporal com o impacto do tratamento mamário bem como escalas de dimensão social e relação com o corpo mórbido. O impacto do tratamento mamário correlacionou-se com a dimensão social e também com a relação com o corpo mórbido, que por sua vez se correlacionou significativamente com a dimensão cognitiva.

No que diz respeito à escala de satisfação sexual, correlacionou-se apenas com a dimensão emocional. Globalmente, estes resultados estão em linha com os resultados globais descritos noutros estudos publicados, em que o impacto do tratamento e a imagem corporal se mostraram como os fatores de maior importância na relação com a dimensão social, tendo-se verificado, para estas mulheres, limitações ao nível da vida familiar mas também no desempenho de atividades diárias e de lazer (Amâncio, 2007; Cantinelli, 2006; Duarte, 2003; Gasparelo, 2010; Pires Moura, 2010; Talhaferro, 2007). Gasparelo (2010) considera que o isolamento social está associado a sentimentos de vergonha, medo, rejeição e até da própria dificuldade em se aceitar após ter sido submetida a mastectomia, visto os relacionamentos interpessoais serem, na sua maioria, influenciados pela imagem que as pessoas fazem de si mesmas e pela preocupação com a visão da sociedade. Esta autora refere ainda que o diagnóstico de cancro e, posteriormente, a mastectomia provocam alterações da imagem corporal cujas consequências deixam marcas físicas e emocionais. Todas estas alterações na vida da mulher implicam a necessidade de readaptação pessoal, que se estende também ao âmbito familiar (Gasparelo, 2010).

Neste grupo de mulheres, neste trabalho, a correlação entre a dimensão emocional e satisfação sexual, traduziu-se pela diminuição de satisfação sexual antes e depois da cirurgia.

Para o grupo de mulheres no grupo de controlo encontrou-se correlação entre as escalas de autoestima e imagem corporal, dimensão social, relação com o corpo pré-mórbido, relação com o corpo mórbido e satisfação sexual, estando uma maior autoestima associada a uma melhor imagem corporal, melhor funcionalidade social, melhor relação com o corpo pré-mórbido e com o corpo mórbido. A maior satisfação sexual encontra-se correlacionada com uma melhor autoestima para este grupo de mulheres.

Por outro lado, uma melhor imagem corporal correlacionou-se com uma melhor relação com corpo pré-mórbido e uma maior satisfação sexual correlacionou-se com uma melhor qualidade de vida no domínio físico mas também com uma melhor relação com o corpo pré-mórbido e mórbido. A dimensão cognitiva também se correlacionou significativamente com a relação com o corpo mórbido, ou seja uma maior funcionalidade cognitiva está associada a uma melhor relação com o corpo mórbido.

De um modo geral, este grupo de estudo mostrou resultados mais benéficos em todas as dimensões em estudo, o que permite concluir que as mulheres submetidas a mastectomia, radical e conservadora, são efetivamente afetadas pela doença e pelo tratamento associado, uma vez que estes promovem alterações sobretudo emocionais com impacto a nível social e sexual, que advêm da imagem e relação corporal e afetam o estado de saúde global. Estes resultados são coincidentes com outros publicados na literatura (Almeida, 2012; Cantinelli, 2006; Conde, 2006; Fobair, 2006; Lotti, 2008; Manos, 2005; Oliveira, 2010; Santos, 2011; Silva, 2008).

Cantinelli (2006) refere que o sentimento de vulnerabilidade associado ao cancro se reflete no empobrecimento da qualidade de vida. Para Oliveira (2010) a aceitação da doença e efetividade do tratamento dependem de fatores como o equilíbrio emocional, autoestima elevada e sólidas redes de apoio. Também Silva (2008) refere que o sofrimento psicológico associado a esta patologia interfere nas relações interpessoais e nas propriedades mais íntimas e básicas da mulher, não só pelas representações e significados atribuídos à própria doença mas também ao ter de enfrentar um tratamento difícil.

Os estudos avaliados revelaram ainda alguns resultados que não foram abordados no âmbito deste trabalho, mas que merecem a devida atenção face às diferenças encontradas e que podem ter influência na abordagem de tratamento das mulheres que sofrem de cancro da mama. Salientam-se, entre estes, fatores como a idade (Lotti, 2008; Manos, 2005; Santos, 2011), o estado civil (Makluf, 2006; Manos, 2005; Silva, 2010), ou o tempo decorrido desde a cirurgia que foram aqueles em que se evidenciaram diferenças com impacto na qualidade de vida, imagem corporal e vida sexual.

No estudo de Rebelo (2007), as mulheres mais velhas apresentaram melhor qualidade de vida, em termos de funcionamento físico e sexual, e mais problemas sintomáticos. No mesmo estudo, as mulheres sem companheiro apresentaram melhores resultados de funcionamento sexual do que as mulheres com companheiro. Do mesmo modo, Huguet (2009) refere que as mulheres mais jovens apresentaram piores resultados em relação à sexualidade, e Silva (2010) verificou que as mulheres com companheiro referem menor prazer sexual.

O apoio dos companheiros parece ter um peso importante na sexualidade da mulher (Huguet, 2009), por outro lado, a qualidade do relacionamento conjugal parece ser influenciada pelo tempo decorrido após os tratamentos e pelo grau de satisfação conjugal anterior à cirurgia, segundo Ramos (2005).

Para o objetivo definido - 'avaliar o impacto da mastectomia radical versus mastectomia conservadora, por cancro da mama, na intimidade e analisar as diferenças nas repercussões na intimidade, nomeadamente na adaptação psicosssexual e na imagem corporal das

mulheres' - os resultados deste estudo confirmam que as mulheres submetidas a mastectomia apresentam pior imagem corporal do que mulheres que não foram submetidas a mastectomia.

Embora o momento da comunicação do diagnóstico da doença seja um dos momentos mais penosos para estas mulheres, as que foram submetidas a mastectomia conservadora, revelaram, neste estudo, que os sentimentos foram menos marcantes, tendo-se também verificado para este grupo de mulheres melhores resultados ao nível de desempenho social. As mulheres submetidas a mastectomia conservadora referiram dar mais importância ao seu corpo, tendo globalmente apresentado menor redução na frequência de relações sexuais do que as submetidas a procedimentos cirúrgicos mais invasivos.

As mulheres submetidas a mastectomia radical revelaram maior constrangimento em mostrar-se ao seu companheiro, tendo revelado maiores problemas em ser vistas nuas ou outros relacionados com a cicatriz ou com a deformação do corpo. O impacto do tratamento foi duas vezes superior nas mulheres submetidas a mastectomia radical comparando com as mulheres com mastectomia conservadora. Estas mulheres revelaram resultados favoráveis ao nível físico e cognitivo, no entanto indicaram piores níveis globais de funcionalidade e qualidade de vida.

O estado de saúde no futuro e a queda de cabelo foram alguns dos aspetos que se revelaram de maior preocupação para este grupo de estudo. Apresentando, as mulheres submetidas a mastectomia radical, uma pior relação com o corpo não foram de estranhar os resultados obtidos relativos a imagem corporal, com pontuação global média de mais do dobro relativamente às mulheres com mastectomia conservadora. Estas mulheres apresentaram grande insatisfação face à sua imagem e ao seu corpo. A autoestima e autoaceitação também se destacaram com respostas mais negativas relativamente à satisfação consigo própria nas mulheres submetidas a mastectomia radical e, consequentemente, com maior insatisfação face à sua vida sexual.

De um modo global, nas mulheres submetidas a mastectomia radical verificou-se que os sentimentos negativos estavam sobretudo associados à perceção de corpo desfigurado ou incompleto, menor atratividade e vergonha para se ver nua (Almeida, 2012; Amâncio, 2007; Brandeberg, 2008; Cantinelli, 2006; Cesnik, 2012; Fobair, 2006; Gasparelo, 2010; Graziottin, 2007; Monteiro-Grillo, 2005; Pires Moura, 2010; Vásquez-Ortiz, 2010). Estes aspetos têm repercussões diretamente associadas às alterações com a vida sexual destas mulheres durante e após os tratamentos e/ou cirurgia por cancro da mama (Cesnik, 2012; Duarte, 2003; Fobair, 2006; Maluf, 2011; Monteiro-Grillo, 2005; Prates, 2012; Santos, 2011; Silva, 2008; Talhaferro, 2007), consequentemente interferindo na sua qualidade de vida.

As limitações inerentes a este estudo foram sobretudo a diversidade de estudos encontrados na literatura, muitos deles de abordagem qualitativa, com resultados concordantes e divergentes entre si. De um modo global verificou-se alguma dificuldade de comparação destes resultados com outros descritos, devido à utilização de instrumentos diferentes para avaliar os mesmos parâmetros, e nos casos em que são usados as mesmas escalas de avaliação, estas são aplicadas em momentos e populações com características diferentes das analisadas neste trabalho.

Para além disto, importa referir as limitações associadas às medidas (questionários), o efeito da desejabilidade social e o vasto número de instrumentos incluídos no protocolo, para além da temática em estudo poder suscitar sentimentos de embaraço, vergonha, pudor ou inibição. Houve também uma elevada taxa de questionários invalidados por preenchimento insuficiente sobretudo nas escalas relacionadas com o desempenho sexual, o que foi um indicador desta limitação.

Contudo, acreditamos, com esta investigação, ter sido acrescentar um corpo de conhecimentos científicos nesta área que poderão ser úteis e norteadores de futuras investigações nesta área que carece de estudos mais aprofundados.

## 11. Considerações finais

Os resultados do presente estudo, enquanto investigação quasi-experimental, descritiva e transversal, evidenciam, enquanto ilações mais relevantes, que:

- A mastectomia radical, enquanto mutilação da mama, órgão nuclear para o “eu feminino”, tal como referido na generalidade dos trabalhos publicados na literatura internacional, provoca profundas alterações nos domínios da integridade física, social, psicológica e emocional da mulher que comprometem a QDV das doentes.
- Os tempos nucleares, em termos de repercussão na condição holística da mulher, são o momento da comunicação do diagnóstico, o impacto do tratamento cirúrgico e as consequências biológicas dos tratamentos complementares.
- No momento do diagnóstico imperaram os sentimentos de tristeza, angústia, desespero e medo, sendo claro no nosso estudo que nas mulheres submetidas a mastectomia conservadora os sentimentos foram menos marcantes do que no grupo das mulheres submetidas a mastectomia radical.
- Em todos os domínios em que nos baseámos para estudar a imagem corporal e a relação da mulher com o corpo, as doentes do grupo da mastectomia radical apresentaram pontuações muito significativamente e negativamente superiores às submetidas à mastectomia conservadora.
- Tal como referido na literatura, pensamos que esse grande impacto e sofrimento é consequência do *stress* traumático associado à mutilação de um órgão profundamente marcante nos domínios da feminilidade, sexualidade e maternidade.
- Emerge do nosso estudo que os domínios da autoestima, dimensão emocional, cognitiva e social, insatisfação com o corpo, atratividade física e satisfação sexual são os sentimentos negativos que marcam, pela significância dos seus resultados, os prejuízos e a vida das mulheres mastectomizadas, comparativamente com o das tratadas conservadoramente.
- No domínio da imagem corporal, os nossos resultados revelaram que as mulheres submetidas a mastectomia radical apresentaram, pontuações globais médias que duplicam, negativamente, as das mulheres do grupo da mastectomia conservadora e do grupo controlo.
- Além da imagem corporal, função sexual e perspetivas futuras, é ainda a mastectomia radical que deixa maiores e mais profundas pegadas, traduzidas por piores níveis em todas as dimensões de funcionalidade (física, funcional/desempenho, cognitiva, emocional e social).
- Igualmente na avaliação da autoestima e autoaceitação, a mastectomia radical traduz-se mais negativamente nos domínios da satisfação consigo própria, quando as mulheres submetidas a mastectomia conservadora e as do grupo controlo apresentaram padrões similares de resposta.
- Através da aplicação do índice de satisfação sexual, procurámos avaliar os níveis de satisfação, ou insatisfação, no contexto do relacionamento do casal, tendo constatado que

são ainda as mulheres submetidas a mastectomia radical são as mais insatisfeitas com a sua vida sexual atual.

- As mulheres do grupo de controlo foram as que obtiveram as melhores pontuações em todas as escalas, com diferenças estatisticamente muito significativas entre grupos.
- Encontrou-se uma forte correlação entre as escalas de autoestima e imagem corporal, desempenho, dimensão social, emocional e cognitiva, relação com o corpo e satisfação sexual, com marcadas repercussões na Qualidade de Vida destas mulheres, como consequência natural da observada não violação da integridade física, bem como da serenidade, imediata e a distância, em relação às perspetivas de saúde.
- A muito forte e positiva valorização de todos os domínios e dimensões em estudo, por parte das mulheres do grupo controlo, permite-nos concluir que as mulheres submetidas a mastectomia, radical e conservadora, são objetivamente afetadas pela doença e pelo tratamento. Essas consequências, expressas por alterações físicas, biológicas e emocionais, tradutoras da alteração do estado global de saúde, da imagem e relação corporal, marcam, com forte impacto, a vida e o “eu feminino”, a nível social e sexual.
- De qualquer modo, é evidente que a personalidade da mulher, o apoio de companheiros e o tipo de relacionamento conjugal, familiares, amigos próximos, bem como a religiosidade e nível social e cultural são fatores nucleares para o confronto com a doença, a resiliência e o sucesso da ultrapassagem dos desconfortos próprios do tratamento.
- Face aos objetivos definidos, concluímos, afirmando que a mastectomia radical é um fator independente de risco que afeta profundamente, na adaptação biológica e pesadas repercussões na QDV pessoal, familiar, emocional, social e psicossocial das doentes, interferindo de forma negativa na esfera da intimidade destas mulheres.

À semelhança de Barton-Burke & Gustason (2007) constatámos as dificuldades e barreiras que se levantam sobre as intervenções que procuram abordar a sexualidade das mulheres com cancro da mama (Barton-Burke & Gustason, 2007). E, concordamos com estas autoras quando afirmam que o problema reside nos pressupostos implícitos sobre sexualidade, tanto por parte das doentes como dos profissionais de saúde envolvidos no processo (Barton-Burke & Gustason, 2007).

Diremos que há como que o recato do pudor que impede, por um lado a abordagem do tema e, por outro, favorece a profunda inibição em lhe responder. A confessada preocupação de algumas doentes com o constrangimento e relutância que as impedem de discutir o problema os profissionais de saúde, como era seu desejo, não tem encontrado ambientes institucionais favorecedores da ultrapassagem dessa barreira cultural.

Ignorar o problema não deve ser uma atitude de intervenção assistencial nem de eficiente apoio e suporte da QDV de doentes e famílias. Entendemos que é importante investir neste problema que, sendo clínico, tem significativas implicações na dimensão holística das

doentes, vítimas de uma doença tão marcante como é o cancro da mama e de tratamentos vilentos para todas as dimensões da condição humana.

Por assim pensarmos, é nossa intenção prosseguir o estudo sobre o tema, desenvolvendo um programa de investigação, assente num modelo prospetivo, preferencialmente multicêntrico, suportada por sólidos instrumentos que mereçam a consensualidade dos investigadores que se disponham a colaborar no projeto. Eventualmente acrescentar metodologias qualitativas que permitam um aprofundamento das questões, dada a natureza do temas em estudo.

Este estudo deverá ser, necessariamente, uma investigação de tipo exploratório, descritivo e transversal, iniciar-se-á no momento do diagnóstico e procurará conhecer a evolução dos sentimentos, atitudes, comportamentos, reações e adaptações, faseadas no tempo, ao tipo de agressão, médica e cirúrgica, de que a doente individual virá a ser alvo, enquanto processo terapêutico.

Finalmente, acreditamos que este estudo poderá ser um auxílio teórico e prático para quem, na linha da frente da intervenção psicológica e não só (enfatizando que a luta contra o cancro é um trabalho multidisciplinar), trabalha com mulheres com patologia mamária, assim como na avaliação, prevenção e deteção precoce de, por exemplo, aspetos do funcionamento mental, desempenho sexual e intimidade.

Deste modo, esperamos ter contribuído para uma sólida construção científica que possa fazer doutrina, despertar consciências e intervir institucionalmente, de modo ativo e eficaz, neste domínio, em favor de doentes, famílias e sociedade, ajudando a promover o acesso à dignidade na hora de tratar o cancro da mama, legitimando, reivindicando e resgatando o direito à vivência de uma intimidade válida e sã das mulheres com patologia mamária.





## 12. Referências bibliográficas

- [1] Aaronson, N.K., Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- [2] Albuquerque, C.M.S. & Matos, A.P.S. (2006). Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do Instituto Politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *Revista Educação, Ciências e Tecnologia*. 184- 200.
- [3] Almeida, T.R., Guerra, M.R., & Filgueiras, M.S.T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis*, 22(3), 1003-1029.
- [4] Al-Ghazal, S., Fallowfield, L. & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938-1943.
- [5] Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (3ª Ed.) Braga: Psiquilíbrios Edições.
- [6] Almeida, R.A. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista SBPH* 9(2); 99-113.
- [7] Almeida, T.R., Guerra, M.R., & Filgueiras, M.S.T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis*, 22(3), 1003-1029.
- [8] Amâncio, V.M., Costa, N.S.S. (2007). Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 41-53.
- [9] Amorim, C. (2007). *Doença Oncológica da Mama. Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- [10] Anes, E. & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67-82.

- [11] Anderson B.O., Yip C.H., Smith R.A., Shyyan R., Sener S.F., Eniu A., Carlson R.W., Azevedo E. & Harford J.(2008). Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2008. *Cancer*, 113, 2221-43.
- [12] Anderson, M.P.(1988). Stress management for chronic disease: an overview. M.L.Russel (Ed). *Stress management for chronic disease*, 3-13. Oxford: Pergamon Press.
- [13] Arán, M.R.; Zahar, S.; Delgado, P.G.G.; Souza, C.M.; Cabral, C.P.S. e Viegas, M. (1994). Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(11), 633-639.
- [14] Araújo, A.; França, J.; Nunes, A.; Júnior, V. & Vieira, S. (2010). Grau de satisfação após mastectomia com reconstrução mamária. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 39(2), 43-49.
- [15] Avanci, J.Q., Assis, S.G., Santos, N.C., Oliveira, R.V.C. (2007). Adaptação transcultural da Escala de Autoestima para adolescentes, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.
- [16] Azevedo, R.F., Lopes, R.L.M. (2005). Merlau-Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas com uso de prótese. *Rev. Enferm. UERJ.*,13(2), 188-193.
- [17] Barbosa, J. (2008). A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas. Monografia de Final de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa.
- [18] Barton-Burke, M. & Gustason, C.J. (2007). Sexuality in women with cancer. *Nursing Clinics Of North America*, 42(4), 531-554.
- [19] Bateman, A. e Holmes,J. (1998). *Introdução à Psicanálise*. Lisboa. Manuais Universitários, Climepsi Editores.
- [20] Belasco, A.G.S., Sesso, R.C.C. (2006). Qualidade de Vida: princípios, focos de interesse e intervenções. In: *Guia de Qualidade de Vida. D.P.Diniz (Ed). Barueri:Manole*, 1-10.
- [21] Bero L, Freemantle N, Grilli R, Grimshaw JM, Oxman AD, Thomson MA (1998).Closing the gap between research and practice :an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. BMJ*, 317, 465-468.
- [22] Berg J.W. (1955). The significance of axillary node levels in the study of breast carcinoma.*Cancer*, Jul-Aug, 8(4), 776-8.

- [23] Bergamasco, R.B. & Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia* 47(3), 277-282.
- [24] Bervian, P.I. & Girardon-Perlini, N.M.O. (2006). A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2), 121-128.
- [25] Blay, M. (1998). *La Science Classique*. Paris. Flammarion.
- [26] Blay, M. (2008). *Dictionnaire des concepts philosophiques*. Larousse. Paris. CNRS Éditions.
- [27] Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Med. Health Care Philos*, 8, 335-41.
- [28] Boff, A.; Schappo, C. & Kolhs, M. (2010). Câncer de Mama: Perfil Demográfico e Fatores de Risco. *Revista de Saúde Pública Santa Catarina*, 3(1), 21-31.
- [29] Botelho, M. A. (2007). Idade avançada - características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 191-195.
- [30] Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., Lindén, A., von Wachenfeldt, A., Wickman, M., & Arver, B. (2008). Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 26(24), 3943-3949. doi: 10.1200/JCO.2007.13.9568
- [31] Bukovic, D., Fajdic, J., Strinic, T., Habek, M., Hojsak, I. & Radakovic, N. (2004). Differences in sexual functioning between patients with benign and malignant breast tumors. *Collegium Antropologicum* 28(2); 191-201.
- [32] Calman, K. C. (1984). Quality of life cancer patients: a hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- [33] Cantinelli, F.S., Camacho, R.S., Smaletz, O., Gonsales, B.K., Braguittoni, E., & Rennó Jr, J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama - considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 124-133.

- [34] Castelo, R.A.V.B. (2001). Qualidade de vida em doentes colecistectomizados por colecistite aguda: cirurgia clássica versus cirurgia laparoscópica. Tese de Mestrado. ISPA. Lisboa.
- [35] Castelo, R. A.V.B.; Ribeiro, J. P.; & Castelo, H. B. (2008). Qualidade de vida em doentes colecistectomizados por colecistite aguda: cirurgia clássica versus cirurgia laparoscópica. *Revista de Psicologia, Saúde e doença*, 9, 5-14.
- [36] Ceccarelli, P.R. (2000). SEXUALIDADE E PRECONCEITO. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, Vol. III, Nº 3*, 18-37.
- [37] Cembranel, L.M., Fengler, S.C., & Kinn, V.G. (2007). Implicações no adoecer de câncer de mama. *Revista Contexto & Saúde*, 6(12), 71-78.
- [38] Cesnik, V.M., & Santos, M.A. (2012). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349.
- [39] Churchman, A (1992). Women and urban quality of life. *Jornal de Psicologia*, 10(3), 3-9.
- [40] Chen, C-Y, Calhoun, K.E. & Anderson, B.O. (2011). Oncoplastic Techniques for Breast Conservative Surgery. In: *Breast Surgical Techniques and Interdisciplinary Management* . Ed: F. M. Dirbas e C.E.H.Scott-Conner. New York. Springer.
- [41] Conde, D.M., Pinto-Neto, A.M., Freitas Júnior, R. & Aldrighi, J.M. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(3), 195-204.
- [42] Couto, A. (1997). Atitudes e Comportamentos das Grávidas. Uma diáde, por vezes dissonante. In *Actas Braga, Congresso Nacional da Psicologia da Saúde*, 49-53. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- [43] Cox, T. & Mackay, C.J. (1981). A Transactional approach to occupational stress. In E.N. Corlett and J. Richardson (Eds.), *Stress, Work Design and Productivity*. Chichester: Wiley & Sons.
- [44] Craik, J. (1984). Fashion, Clothes, Sexuality. *Am. J. Cultural Studies* 2(1), 7-83.
- [45] Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12(1) 1-13.

- [46] Cunha, C.G. (2004). Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada. Monografia Especialização Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará. Acesso em 26/10/06. Disponível em <http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/>
- [47] Curran, D., van Dongen, I.P., Aaronson, N.K., Kibert, G., Fentiman, I.S., Mignolet, F., Bartelink, H. (1998). Quality of Life of early-stages breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast conserving procedures: Results of EORTC Trial 10801. *Eur. J. Cancer* 4(3); 307-314.
- [48] Daker-White, G. & Donovan, J. (2002). Sexual satisfaction, quality of life and the transaction of intimacy in hospital patients' accounts of their (hetero)sexual relationships. *Sociology of Health & Illness*, 24(1), 89-113.
- [49] Dias, M., Manuel, P., Xavier, P. & Costa, A. (2001). O cancro da mama no «seio» da família. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica*, 303-320. Lisboa. Climepsi.
- [50] Dogan, T. & Tugut, N. (2013). The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women. *Sex Disabil*, 31, 239-247.
- [51] Duarte, T.P.; Andrade, A.N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.
- [52] El-Charnoubi, W. A.; Svendsen, J.B.; Tange, U.B., Ktoman, N. (2012). Women with inoperable or locally advanced breast cancer - what characterizes them? A retrospective review of 157 cases. *Acta Oncologica*, 51(8), 1081-1085.
- [53] Eliassen, H.D; Graham A. C., Rosner, B., Willett, W.C., Hankinson, S.E. (2006). *Adult Weight Change and Risk of Postmenopausal Breast Cancer JAMA.*, 296(2), 193-201.
- [54] Elsenbruch, S., Hahn, S., Kowalsky, D., Öffner, A. H., Schedlowski, M., Mann, K. & Janssen, O. E. (2003). Quality of Life, Psychosocial Well-Being, and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5801-5807.
- [55] Fallowfield, L. (1990). *Quality of Life-The Missing Measurement in Health Care*. London. Condom Book.

- [56] Fan L, Zheng Y, Yu KD, Liu GY, Wu J, Lu JS, Shen KW, Shen ZZ, Shao ZM. (2009). Breast cancer in a transitional society over 18 years: trends and present status in Shanghai, China. *Breast Cancer Res Treat*, 117, 409-416.
- [57] Fang, S.Y., Chiu, S.C., Shu, B.C. (2011). The experience of women after breast cancer mastectomy: Objectification theory perspective. *The Journal of Nursing*, 58, 75-80.
- [58] Faria, J.B., Seidl, E.M.F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 18(3), 381-389.
- [58] Fernandes, M.M; Alves, P.C.; Santos, M.C.L.; Mota, E.M., Fernandes A.F.C. (2013). *Auto-estima de Mulheres Mastectomizadas*. Aplicação da Escala de Rosenberg. Publisher: Revista RENE ENF.
- [59] Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Maciá, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid. Inersio.
- [60] Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo - Contribuciones de la Psicología*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- [61] Ferreira, M. L. S. M. & Mamede, M. V. (2003) - Representação do corpo consigo mesma após a mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 11, nº 3, 299-304.
- [62] Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 21( 2), 15-30.
- [63] Fiedler, P. T. (2008). Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação académica. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- [64] Ferlay, J., Berlay, F., Pisani, P., Parkin, D.M. (2004). GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwidw. WHO. 2012. Globocan.IARC Press. Lyon.
- [65] Fischer, B., Bauer, M, Margolese, R., Poison, R., Pilch, Y., Redmond, C., Fisher, E., Wolmark, N., Mortague, E. (1985). Five-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy with or without radiation in the treatment of the breast cancer. *N Eng J Med*, 312, 665-673.

- [66] Flanagan, J.C. (1982). Measurements of Quality of Life: current state of the art. *Arch. Physical Med Rehabilitation* 63, 56-59.
- [67] Fleck, M. P., Souza, J. C. R. P., & Barros, N. H. S. (2008). A avaliação de qualidade de vida - guia para profissionais da saúde. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1), 89-90.
- [68] Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J., & Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594. doi: 10.1002/pon.991
- [69] Font A. (1994). Cancer y calidad de vida. *Anuário de Psicologia*, 61, 41-50.
- [70] Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa. Climepsi Editores.
- [71] Frierson, G.M., Thiel, D.L. & Andersen, B.L. (2006). Body change stress for women with breast cancer: the Breast-Impact of Treatment Scale. *Ann Behav Med*, 32(1), 77-81.
- [72] Frasson, A., Zerwes, F.P. (2004). Câncer da Mama. In: *Psicologia e Interdisciplinaridade: Uma experiência na Educação à distância*. D.R. Azevedo(Ed). EDIPUCRS. 95-108.
- [73] Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. Sterling Press. 2010. London.
- [74] FREUD, S. (1901) Um caso de histeria. In: Sigmund Freud. *Obras Completas*. 1980. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- [75] FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre sexualidade. In: *Obras Completas*. 1980. Rio de Janeiro. Imago Editora.
- [76] FREUD, S. (1908). *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna (1908)*. Rio de Janeiro, Imago Editora.
- [77] Freud, S. (1910). A Psicanálise Silvestre. In: *Obras Completas*. 1980. Rio de Janeiro. Imago Editora.
- [78] FREUD, S. (1915) O instinto e suas vicissitudes. In: *Obras Completas*. 1980. Rio de Janeiro. Imago Editora.

- [79] FREUD, S. (1923) A organização genital infantil. In: *Obras Completas*.1980. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- [80] Freud, S. (1925). *An Autobiographic Study*. S. E. 20. London. Hogarth.
- [81] FREUD,S. (1938). *Esboço de psicanálise (1938)*. Rio de Janeiro, Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XXIII).
- [82] Freud, S. (1996). *Estudo Autobiográfico*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- [83] Gagnon, J., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct - The Social Sources of Human Sexuality*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- [84] Gasparelo, C., Sales, C.A., Marcon, S.S., & Salci M.A. (2010). Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. *Cienc Cuid Saude*, 9(3); 535-542.
- [85] Giuliano, A. & Mabry, H. (2011) Lumpectomy. In: *Breast Surgical Techniques and Interdisciplinary Management*. Ed: F. M. Dirbas e C.E.H.Scott-Conner. New York. Springer.
- [86] Goldberg, D. & Huxley, P.(1996). *Perturbações Mentais Comuns*. Lisboa. Climepsi.
- [87] Gonçalves, I.R., Padovani, C., Popin, R.C. (2008). Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer da próstata. *Ciência e Saúde Colectiva*, 13,1337-1342.
- [88] Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B. et al (2006). Lost in Knowledge: time for a map?; *J Contin Educ Health Prof*, 26, 13-24.
- [89] Graziottin, A., & Rovei, V. (2007). Sexuality after breast cancer. *Sexologies*, 16, 292-298.
- [90] Guerra, A.; Rêgo, C.; Silva, D.; Cordeiro Ferreira, G.; Mansilha, M.; Antunes, H.; Ferreira, R. (2013). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), S17-S40.
- [91] Harvie M, Howell A, Vierkant RA, Kumar N, Cerhan JR, Kelemen LE, Folsom AR, Sellers TA (2005). Association of gain and loss of weight before and after menopause with risk of postmenopausal breast cancer in the Iowa women's health study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Mar,14(3), 656-61.



- [92] Heartherton, T.F., Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. In: S. Lopez (Ed). *Assessing Positive Psychology*. Washington, DC. 219-233.
- [93] Hentschel, H., Alberton, L.D., Capp, E., Goldim, J.R., Passos, P.E. (2007). Validação do Female Sexual Function INDEX (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Revista Hospital Clínicas de Porto Alegre*, 27, 10-14.
- [94] Herdman, R.; Norton, L. (2005) Saving Women's Lives: Strategies for Improving Breast Cancer Detection and Diagnosis Committee on New Approaches to Early Detection and Diagnosis of Breast Cancer A Breast Cancer Research Foundation and Institute of Medicine Symposium; National Cancer Policy Board.
- [95] Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29 (2), 276-281.
- [96] Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer*, 37(2), 189-97.
- [97] Huguet, P.R., Morais, S.S., Osis, M.J.D., Pinto-Neto, A.M., & Gurgel, M.S.C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 61-67.
- [98] IARC (2008). World cancer report 2008. Lyon, International Agency for Research on Cancer.
- [99] Ilic, I., Milic, I., & Arandelovic, M. (2010). Assessing Quality of Life: Current Approaches. *Acta Médica Medianae*, 49 (4).
- [100] Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões*. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.
- [101] Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- [102] Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Destaque - Informação à comunicação social: Dia Internacional do Idoso*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- [103] Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Informação à comunicação social: Dia Mundial da População*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. 117.
- [104] Jacinto, B. P. (2010). *Qualidade de vida e espiritualidade do idoso institucionalizado*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- [105] Jemal, A.; Bray, F.; Center, M.M.; Ferlay, J.; Ward, E.; Firman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61; 69-90.
- [106] Katchadourian, H. (1979). *La sexualidad humana*. Un estudio comparative de su evolution. México: Fondo de Cultura Económica.
- [107] Kemeny, M.M., Weilish, D.K., Schain, W.S. (1988). Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer*, 62(6); 1231-1237.
- [108] Kinderman, P. (2013). *Explainer: what is the DSM?*. The Conversation Australia. The Conversation Media Group. Retrieved 21 May 2013.
- [109] Klein, M.(1930). *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego*. Obras Completas de Melanie Klein: Volume I Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1930). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [110] Kohut,H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relation between mode of observation and theory. In: P. Onstein. Ed: *The search for the Self*. Vol1; 205-232. New York. International University Press.
- [111] Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In: E. Maccoby (Ed). *The development of sex differences*. 82.173. Stanford, CA. Stanford University Press.
- [112] Krag, D.; Harlow, S.; Julian, T.(2004). Breast cancer and the NSABP-B32 sentinel node trial. *Breast Cancer*, 11(3):221-224 - Discussion 264-266.
- [113] Kubler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e morrer*. São Paulo. Martins Fontes.
- [114] Krafft-Ebing, R. (1894). *Psychopathia Sexualis*. New York. Arcade Publishing -1965.
- [115] Lacan, J. (1985). Mais ainda. In: *O Seminário*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- [116] Lacerda, T. (2012). *Globocan*. IARC Press

- [117] Lacey JV Jr. et al. (2009). Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*, 9, 84.
- [118] Lalonde, M. (1974) *Report: A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa. Public Health Agency.
- [119] Langer N. (2009). Late Life Love and Intimacy. *Educational Gerontology*, 35, 752-64.
- [120] Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Pub. Com.
- [121] Leite, F.; Bubach, S.; Amorim, M.; Castro, D. & Primo, C. (2011). Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(1), 15-21.
- [122] Lenfant, C. (2003). Clinical Research to Clinical Practice - Lost in translation? *N Engl J. Med.* 349, 2273-2274.
- [123] Levy, P.S. & Lemeshow, S. (2008). *Sampling of populations: Methods and Applications*, 4th edition. London: Wiley - Interscience Publication.
- [124] Leventhal, H. & Colman, S.(1997).Quality of Life: A process view. *Psychology Health*, 12, (6) 753-767.
- [125] Levy, M (1962). *The Moons of Paradise*. London. Arthur Barker Limited.
- [126] Li, Y., Schouten, E.G., Hu, X., Cui, Z., Luan, D., Ma, G.(2008). Obesity prevalence and time trend among youngsters in China, 1982-2002. *Asia Pac J Clin Nutr.* 17(1); 131-137.
- [127] Liu, B. (1975). Quality of Life: Concept, measures and results. *Am. J. Economics and Sociology*, 34(1), 4-13.
- [128] Lorenzi, D.R.S.; Saciloto, B.; Artico, G.R. & Fontana, S.K.F.(2009). Qualidade de vida e factores associados em mulheres climatéricas residentes na Região Sul do Brasil. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 22, 51-58.
- [129] Lotti, R.C.B., Barra, A.A., Dias, R.C., & Makluf, A.S.D. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371.

- [130] Machado, A.C.C, Lawrenz, P., Both, L.M., Romeiro, F.B. & Castro, E.K. (2012). Enfrentamento e câncer da mama: Revisão sistemática da literatura nacional. *Diaphora. Rev. Soc. Psicologia Rio Grande do Sul*, 1, 31-39.
- [131] Macola, L., Vale, I.N.& Carmona, E.V. (2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(3); 570-577.
- [132] Madeira, A.M.F, Almeida, G.B.S. & Jesus, M.C.P. (2007). Reflectindo sobre a sexualidade da mulher mastectomizada. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 11(3) 254-257.
- [133] Majewski, J.M., Lopes, A.D., Davoglio, T. & Leite, J.C. (2012). Qualidade de Vida em mulheres submetidas a mastectomia comparada com aquelas que se submeteram a cirurgia conservadora: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(3), 707-716.
- [134] Makluf, A.S.D., Dias, R.C., & Barra A.A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.
- [135] Maluf, M.F.M.; Jo Mori, L. & Barros, A.C.S.D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(2), 149-154.
- [136] Maluf, M.F.M., & Scanavino, M.T. (2011, abril/setembro). *O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama*. Boletim Eletrônico SBPO, VIII(2). Retirado de Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia ([http://www.sbpo.org.br/boletim\\_abr-set2011.php](http://www.sbpo.org.br/boletim_abr-set2011.php))
- [137] Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M.J., Mateos, N., & Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncologia*, 2(1), 103-116.
- [138] Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The Journal of International Medical Research*, 37, 182-188.
- [139] Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra. Formasau.
- [140] Mello, L. G. (1987). *Antropologia Cultural, Objeto e Métodos*. In: Antropologia Cultural. 7.ed. - Petrópolis: Editora Vozes. Capítulo 2.

- [141] Melo, E.M.; Silva, R.M. & Fernandes, A.F.C. (2005). O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (3), 219-225.
- [142] MESS (2003) - Ministério do Emprego e da Segurança Social. *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* - CIF. Tradução portuguesa do Ministério do Emprego e da Segurança Social/Secretariado Nacional de Reabilitação, Lisboa.
- [144] Miceli, A.V.P.(2006) Aspectos psicológicos do paciente com câncer. In E.L.R. Mello & C.E.R. Santos. *Manual de cirurgia oncológica*. São Paulo: Tecmedd Editora.
- [145] Moller, S.J., Crocker, J., Bushman, B.J. (2010). Creating Hostility and Confort: Effects of Entilement and Selt-Image Goales. *Journal Experimental Social Psychology*, 45, 1-10.
- [146] Monteiro-Grillo, I., Marques-Vidal, P., Jorge, M. (2005). Psychossocial effects of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast câncer. *Clinical and Translational Oncology*, (11), 499-503.
- [147] Moreira, H., Silva, S., Marques, A., Canavarro, M.C. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) - psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*, 14(2), 111-8.
- [148] National Health and Medical Research Council (1996). Promoting the health of Indigenous Australians. A review of infrastructure support for Aboriginal and Torres Strait Islander health advancement. Final report and recommendations. Canberra: NHMRC.
- [149] Negromonte, R.O., Araujo, T.C.F.(2011). Impact of clinical management of pain: Evaluation of Stress and Coping among Health Professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 238-244.
- [150] Netto, M.M. (1997). O tratamento do câncer de mama e a psicologia: um enfoque multidisciplinar. *Psychê*, 1 (1), 165-168.
- [151] Novo, R. F. (2003). *A diversidade dos espaços psicossociais e o Bem-Estar Psicológico*. In R. Novo, Para além da eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada (449-488). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- [152] Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 2(20), 183-2003.

- [153] Nutbeam, D. (1986). *Health Promotion Glossary* .D1;113-127. Health Promotion.
- [154] Oliveira, C.L., Sousa, F.P.A., Garcia, C.L., Mendonça, M.R.K., Menezes, I.R.A., & Brito Júnior, F.E. (2010). Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Rev. Rene.*, 11(número especial), 53-60.
- [155] Padilha, M.; Henriques, M.; Guardado, M.; Miranda, C.; Melo, G.; Alves, P. (2013). Radioterapia e Hormonoterapia a Título Neo-Adjuvante no Carcinoma Localmente Avançado da Mama: Estado da Arte. *Acta Médica Portuguesa*, 25-32.
- [156] Pacheco, A. (2007). Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação. *Psyc@w@re*, 1(2), 1-10.
- [157] Papa João Paulo II (1998). Enciclica Fides et Ratio.
- [158] Palhinhas, P. (2000). *Adaptação psicológica e imagem corporal em mulheres com cancro de mama*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- [159] Paredes, H., Allaga, N., Trebilcoc, J.J., Parra, C. (2006). Reconstrucción mamaria: análisis crítico, indicaciones y resultados en CLC. *Rev.Méd.Clin. Condes*, 17(4), 237-243.
- [160] Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida: Um Guia para a Acção*. Lisboa: monitor.
- [161] Paschoal, S. M. P. (2004). Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. Tese de Doutoramento. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade.
- [162] Paschoal, S. M. P. (2006). *Qualidade de vida na velhice*. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X.
- [163] Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª edição., 147-153. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- [164] Páscoa, P. M. G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Monografia de licenciatura. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- [165] Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), pp. 53-73.

- [166] Pereira, C. (2008). *O Impacto da doença oncológica nos filhos: a negação como resposta ao cancro materno*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- [167] Pereira, H. (2012). *Amor que se faz Homem. Ensaio sobre as relações de amor e compromisso entre homens*. Gradiva.
- [168] Pigou, A. (1920). *The Economics of Welfare*. London. Macmillan and Co.
- [169] Pilker, V.; Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22(6), pp. 632-637.
- [170] Pimentel, P. (2007). *Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama - Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas - Alto Comissariado para a Saúde; Portugal*.
- [171] Pires Moura, F.M.J.S., Silva, M.G., Oliveira, S.C., & Moura, L.J.S.P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc Anna Nery*, 14(3), 447-484.
- [172] Prado, J.A.F.A. (2002). *Supervivência: novos sentidos na vida após a mastectomia*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em 15.12.06.
- [173] Prates, A.C.L., Zanini, D.S., & Veloso, M.F. (2012). Investimento corporal e o funcionamento sexual em mulheres no pós-cirúrgico de câncer de mama. *Revista SBPH*, 15(1), 264-278.
- [174] Prentice, R.L., Coon, B., Chlebowski, R.T., Patherson, R., Kuller, L.H., Ockene, J.K. (2006). Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. *Journal of American Medical Association* 295(6); 629-642).
- [175] QUINET, A. (1991). O Ato Psicanalítico e o Fim de Análise. In: *As 4+1 Condições da Análise*. 4. ed. - Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.. Capítulo 5 (Pg111).
- [176] Ramos, A.S., Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.

- [177] Ramos, R. (2003). Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 793-797.
- [178] Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Silva Ferreira. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- [179] Rebouças, M. (2002). GOZO E SEXUALIDADE. Sobre a sexualidade em Freud, *Cógito*, Vol 4, Salvador.
- [180] Ribeiro, J.L.P. (1993). *Características Psicológicas associadas à Saúde em Estudantes Jovens da Cidade do Porto*. Edição do Autor. Porto
- [181] Ribeiro, J.L.P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191.
- [182] Ribeiro, J.L.P. (1997). *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. Actas 2º Congresso Nacional Psicologia Clínica. ISPA. 235-282.
- [183] Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- [184] Ribeiro, J.L.P., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the qlc-c30-v.3. *Psicologia, saúde & doenças*, 9 (1), 89-102.
- [185] Ribeiro, J. L. P. (2009). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Eds.) Bem-estar e Qualidade de Vida, 31-49. Textiverso. Alcochete
- [186] Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- [187] Rosenberg, M. (2013). Auto- estima de Mulheres Mastectomizadas. *Revista RENE*, 14(1); 101-108.
- [188] Rojas-Barahona, C.A., Zegers, P.B., Forster, M.C.E., (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de de jóvenes adultos, adultos e adultos mayores. *Revista Médica do Chile*, 137(6); 791-800.
- [189] Rosenzweig, W.(1983). Disease in art: a case of carcinoma of the breast in



Michelangelo's La Notte. *Paleopathology Newsletter*, 44, 8-11.

[190] Rossi, L., & Santos M.A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.

[191] Sabbi, R. (1999). *Salvando a sua mama: informações para as mulheres*. Rio de Janeiro: Revinter.

[192] Sales, C.A.C.; Paiva, L.; Scandiuizzi, D. & Anjos, A.C.Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-72.

[193] Salles, A.C.T.C.; Ceccarelli, P.R. (2010). *A Invenção da Sexualidade*. 2010; Reverso; 2010; 60; 15-24 (Reverso = Revista do Circulo Psicanalítico de Minas Gerais).

[194] Sampaio, A.C.P. (2006). *Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia*. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Campinas.

[195] Santos, D.B., & Vieira, E.M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522.

[196] Schmitt, D.P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., et al. (2004). Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: Are models of self and of other pancultural constructs? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35, 367-402.

[197] Seara, L.S., Vieira, R.X., Pechora, P.S. (2012). Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. *Rev. Int. Andrologia*, 10(3), 106-112.

[198] Santos, M. R. & Monteiro, M. (2000). *Psicologia*. Porto: Porto Editora Lda.

Santos, P. J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-28.

[199] Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In Ana Paula Noronha, Carla Machado, Leandro Almeida, Miguel Gonçalves, Sara Martins & Vera Ramalho (Organizadores), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos (Vol. XIII)* [CD-Rom]. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- [200] Santos, C.M.T. , Almeida, G.O. & Souza, T.S. (2009). Depressão Pós-Parto: Revisão da Literatura. *Psicologia & em Foco* 2009. Vol. 2 (1). Jan./jun
- [201] Santos, D.B., & Vieira, E.M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522.
- [202] Santos, M.C.L., Sousa, F.S., Alves, P.C., Bonfim, I.M. & Fernandes, A.F.C. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2010, 63(4); 675-678.
- [203] Saracci, R.(1997). The World Health Organization needs to reconsider its definition of Health. *British Medical Journal*, 314,1409-10.
- [204] Sebastian, J., Manos, D., Bueno, M.J. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres com câncer de mama participantes en un programa de intervencion psicossocial. *Clín. Salud*. 2007, 18(2), 137-161.
- [205] Shockney, I. (2007) *Johns Hopkins Breast Cancer Handbook: For Health Care Professionals*. Text With Cd-Rom For Windows And Macintosh.
- [206] Shumaker, S., Anderson, R. & Czajkowski, T. (1990). Psychological Tests and Scales. In: B. Spiller (Ed) *Quality of Life assessments in clinical trials*. 95-113. New York. Raven Press.
- [207] Silva, L.C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspetos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 231-237.
- [208] Silva, G., & Santos, M.A. (2008). “Será que não vai acabar nunca”: Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(3), 561-568.
- [209] Silva, C.B., Albuquerque, V., & Leite, J. (2010). Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(2), 227-236.
- [210] Silva, G. & Santos, M.A. (2009). O universo do pós-tratamento do câncer da mama. In: S. R. Pasian, G. Romanelli & M. V. Cunha (Eds). *Investigação científica em Psicologia: Aplicações actuais em saúde* (183-206) São Paulo. SP: Vetor

- [211] Silva, G. & Santos, M.A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: A qualitative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4); 688-695.
- [212] Silva, J. S.V. (2010). *Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico em Idosos Residentes na Comunidade: Um, Estudo Exploratório*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica . Universidade de Lisboa
- [213] Silva, L.C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspetos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 231-237.
- [214] Siqueira, P. C. M. (2009). Desafios para a melhora da qualidade de vida frente ao processo de envelhecimento humano. *Revista Digital - Buenos Aires*, 14, 131.
- [215] Simeão, S.; Landro, I.; De Conti, M.; Gatti, M.; Delgallo, W. & De Vitta, A. (2013). Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer da mama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), pp. 779-788.
- [216] Skrzypulec, V., Tobor, E., Drosdzol, A. & Nowosielski, K. (2009). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *J. Clin. Nurs*, 18(4); 613-619.
- [217] Smith, J.E. (2012). *Eisenhower in War and Peace*. New York. Random House.
- [218] Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364-371.
- [219] Spar, J. E. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. (1ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- [220] Spilker B. (1990). Introduction. In B. Spilker (Ed): *Quality of life assessments in clinical trials*, 3-9, New York. Raven Press.
- [221] Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, De Velde A, Muller M, Franzini L, Williams A, de Haes HC, Hopwood P, Cull A, Aaronson NK. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol*, 14(10), 2756-68.
- [222] Stark, J., Katz, M. (2000). The Breast of “Night”: Michelangelo as Oncologist, *N. Eng. J. Med*, 343, 1577-1578).

- [223] Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J. & Rubenstein, L. R. (1993). *Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. Lancet*, 342, 1032-1036.
- [224] Svendsen, W. A.; Tange, J.B.; Ktoman, U.B.(2012). Women with inoperable or locally advanced breast cancer - what characterizes them? A retrospective review of 157 cases. *Acta Oncológica*, 51(8), 1081-1085.
- [225] Szwabo PA. (2003). Counseling about sexuality in the older person. *Clin Geriatr Med.*,19(3):595-604.
- [226] Talhaferro, B., Lemos, S.S., & Oliveira, E. (2007). Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*, 14(1), 17-22.
- [227] Taveira N. (1999). Qualidade de vida e doença respiratória crônica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 1, 99-100.
- [228] Thompson, B.Y.E.H. & Staton, A.L. ( 2011). Quality of Life among Latine breast cancer patients: a systematic review of the literature. *Journal Cancer Survive*, 5, 191-207
- [229] Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *Journal of Sex Research*, 38, 89-96.
- [230] Torio, C.M., Klassen, A.C., Curriero, F.C, Caballero, B. & Helzlsouer, K.(2010) The modifying effect of social class on the relationship between body mass index and breast cancer incidence. *Am J Public Health*, 100(1), 146-151.
- [231] Trindade, R.W. & Ferreira, A.M. (2008). Sexualidade feminina: Questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto-Enfermagem*, 17, 417-426.
- [232] UNICEF (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Edição: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Revista de 2008
- [233] Vam-Dam F, Sommers R. & Van Beck-Couzijn, A. (1981). Quality of Life: some theoretical issues: *J. Clin. Pharmacology*. 1981; 21: -suppl. 8-9; 166.
- [234] Van Manen, M. (1997). *Researching lived Experience In Human Science for Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press.

- [235] Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*. 2007; 3 (XXV); 479-488
- [236] Vasconcellos D, Novo R, Castro O, Vion-Dury K, Ruschel A. & Couto M ( 2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud Psicol*. 9(3):413-9).
- [237] Vásquez-Ortiz, J., Antequera, R., & Picabia, A.B. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2-3), 433-451.
- [238] Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.  
Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- [239] Ventafridda, V., Scalfidi, E., Sbanoto, A. & Goldhirsch, A. (2006). Atendimento de apoio e avaliação da qualidade de vida. *Manual de Oncologia Clínica-UICC*. 8ª Ed. S. Paulo. Wiley; 2006; 835-850.
- [240] Vianna, A.M.S.A. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto [Versão eletrônica]. *Estudos de Psicologia*. (21) 3.
- [241] Youlten, D.R.; Cramb, S.M.; Dunn, N.A.; Muller, J.M.; Pyke, C.M. & Baade, P.D. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: Na international comparison of sreening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiology*, 36(3) 237-248.
- [242] Ware, J. (1991). Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer*, 67 (3, Supl), 775-779.
- [243] Weiss, J.(2003). Support Groups for Cancer Patients. *Support Care Cancer*, 11, 763-768.
- [244] WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization (1995). *Soc. Sci. Med.*, 41(10); 1403-1410.
- [245] Wong, I.O., Cowling, B.J., Schooling, C.M., Leung, G.M. (2007). Age-period projections of breast cancer incidence in a rapidly transitioning Chinese population. *Int. J Cancer*, 121(7); 1556-1563.

- [246] World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948; <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>
- [247] World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva.
- [248] World Health Organization . (2002). Active Ageing, a policy framework. Madrid: WHO.
- [249] World Health Organization (2007). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Geneva.
- [250] World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva
- [251] World Health Organization (2009).WHO- World Cancer Report (2008). Lyon International Agency for Research on Cancer.
- [252] Winnicot, D. (1978) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1978.
- [253] Wood-Dauphinee, S. & Kuchler, T. (1992). Quality of Life as Rehabilitation Outcome. Are we missing the boat? *Canadian J. of Rehabilitation*. 6(1);3-12.
- [254] Zinga D, Phillips SD & Born L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev. Bras Psiquiatr.*; 27(Supl 2): S56-64.

## Referências webgráficas

- [1] Ballone, G.J. (2005). Disfunction Sexual nas pessoas com câncer. Website- 2/09/2012 - <http://www.psiqweb.med.br//site/?area=NOLerNoticia&idNoticia=35>
- [2] Castro, P., Fernandes, M., Pinheiro, S., Silva, A., Ferreira, À. & Fernandes, A. (2009). Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/02130.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02130.pdf). [Consultado em 31/08/2013].
- [3] Dryden-Edwards, R. (2013). Postpartum Depression Treatment, Signs, Symptoms, Support ([www.emedicinehealth.com >> depression az list](http://www.emedicinehealth.com/depression_az_list))

- [4] Emídio, T., Valente, M. & Silva, F. (s/d). Picasso, Feminino e Arte Moderna - A Representação do Feminino em Alguns Quadros de Pablo Picasso. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lapa/versoportugues/2c53a.pdf>. [Consultado em 15/09/2013].
- [5] Ferreira, M.L.S.M. & Mamede, M.V. (2002). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Acesso em 25/09/06. Disponível em <http://www.scielo.br/>
- [6] Fontanella, F. & Silva, D. (s/d). Os principais fatores de risco referentes ao câncer de mama entre as pacientes submetidas à cirurgia, no período de 01 de Agosto de 2002 a 01 de Agosto de 2003, no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão - SC. Disponível em: [http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03b/francine/artigofrancine\\_fontanella.pdf](http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03b/francine/artigofrancine_fontanella.pdf). [Consultado em 23/08/2013].
- [7] Liga Contra o Cancro. Disponível em: [www.ligacontracancro.pt](http://www.ligacontracancro.pt).
- [8] Litz, V. (2009). O Uso da Imagem no Ensino de História. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1402-6.pdf>. [Consultado em 15/09/2013].
- [9] May, A. (2009). The left breast of Michelangelo's statue of Night. Disponível em: [http://graphics.stanford.edu \(projects/mich/\)](http://graphics.stanford.edu/projects/mich/). [Consultado em 14/06/2013]
- [10] Mayo Clinic. Disponível em: [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com). [Consultado em 11/09/2012].
- [11] Melo, A.G.C. (2002). Câncer de mama: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial. Acesso em 25/11/06. Disponível em <http://www.cuidadospaliativos.com.br/>
- [12] Messa, A.A. (2006) Análise de repercussões psicológicas de paciente mastectomizada, em seguimento ambulatorial. Acesso em 30/09/06. Disponível em <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl16.htm>
- [13] Pádua, E.A. (2006). Câncer de mama não impede a prática sexual. Acesso em 18.02.07. Disponível em [http://www.wmulher.com.br/print.asp?id\\_mater=3134&canal=sexo](http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo)

- [14] Paula, S.T.C. (2006.). A vivência da conjugalidade após o diagnóstico de câncer de mama. Acesso em 22.09.06. Disponível em <http://www.sbp.org.br/producao/vivencia.pdf>  
Portal de Oncologia Português. Tipos de Câncer. Disponível em:  
<http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancer/cancer-da-mama.html>.
- [15] Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento do cancro da mama (2012).  
Disponível em: <http://www.croc.min-saude.pt/NR/ronlyres/82A8AF5F-D8B2-4AEC-A1D9-AB5C21B755A6/24551/CancrodaMamaProtocolodediagn%C3%B3sticoterap%C3%Aauticaesegu.pdf>. [Consultado em 29/08/2013].
- [16] World Health Organization. Câncer da mama: prevenção e controle. Disponível em:  
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>. [Consultado 06/07/2013].
- [17] [www.mayoclinic.com/.../postpartum-depression/DS0...](http://www.mayoclinic.com/.../postpartum-depression/DS0...) Sept. 11, 2012
- [18] [www.ligacontracancer.pt](http://www.ligacontracancer.pt))
- [19] [www.pop.eu.com/portal/publico-geral](http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral)),
- [20] <http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancer/cancer-da-mama.html>);
- [21] <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>



## **ANEXOS**



# ANEXO I - Pedido de Autorização

Quando, os termos  
e tirar a declaração expl  
cda

12/11/2010

Prof. Dr. A. Correia da Cunha  
Presidente do Conselho de Administração  
e Director Clínico

Exmo Senhor  
Prof. Dr. João Álvaro Correia da Cunha  
Ilmo Presidente do C.A. e  
Director Clínico  
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Lisboa, 16 de Novembro de 2010

Exmo Senhor Prof. Correia da Cunha

Dirijo-me a V. Exa. na qualidade de Aluna de Doutoramento da Faculdade de Psicologia da Universidade da Beira Interior e com o objectivo de lhe expressar o meu interesse em fazer no CHLN-Pólo HSM, o *Trabalho de Campo* com vista à preparação da minha Dissertação de Doutoramento.

Mestre em Psicologia da Saúde pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa sou, por razões conjunturais e como antes referi, Aluna de Doutoramento da Faculdade de Psicologia da Universidade da Beira Interior.

Estando na fase de elaboração do Trabalho de Investigação conducente a Dissertação de Doutoramento, elegi como Tema geral de Estudo *A Qualidade de Vida e Sexualidade em Mulheres operadas por Cancro da Mama*.

Com o Projecto cuja Planificação Geral junto e pela referência nacional que já é a Unidade de Patologia Mamária do Serviço de Cirurgia II do Pólo HSM do CHLN, gostaria de, com este objectivo específico, poder estudar doentes tratadas por Cancro da Mama nesse Serviço.

Sei do interesse do Director do Serviço e da motivação da Dra. Emília Vieira e Dra. Isidra Cantante - Cirurgiãs responsáveis pela Unidade - sobre o Tema, registando com muito agrado a sua disponibilidade para explicitarem às doentes o objectivo e absoluta confidencialidade do estudo, bem como para procederem à minha apresentação,

1  
A



# ANEXO II - Consentimento informado

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ anos de idade, declaro que fui detalhadamente informada sobre os objectivos do Estudo de Investigação que está a ser feito pela Mestre em Psicologia da Saúde, Rita Bicha Castelo.

Sei que o estudo tem objectivos académicos e que todas as informações colhidas acerca da minha situação de doença, bem como sobre a minha Saúde, Tipo e Atitude de Vida, pessoal e familiar, consubstanciadas através das minhas respostas ao Inquérito, serão analisados de forma absolutamente confidencial.

Sei também que a minha situação clínica, de acompanhamento ou tratamento, em nada serão afectadas pela minha decisão de aceitar responder, ou não, ao Inquérito.

Sei, ainda, que todas as informações constantes do Inquérito a que vou responder serão trabalhadas anonimamente.

Porque o Trabalho vai procurar estudar a forma como eu *tenho vivido* até ao momento em que soube o diagnóstico e como *vou viver e sentir-me* nos seis meses que se vão seguir à cirurgia, aceito responder agora ao Inquérito e voltar a fazê-lo seis meses depois.

Estou completamente esclarecida e aceitei participar neste Estudo, sem outro pensamento que não seja o de esperar que a minha participação possa ser útil para o tratamento e acompanhamento de outras doentes que venham a padecer e a ser tratadas da mesma doença que eu tive.

HSM, de \_\_\_\_\_ de 2011



# ANEXO III - Questionário ao doente

## INQUÉRITO

### 1 – Dados Gerais

Nome

\_\_\_\_\_ (iniciais)

Sexo

Masculino ☐ Feminino ☐

Data de Nascimento

/ /

Idade ..... anos

Naturalidade

\_\_\_\_\_

Etnia

Caucasiana ☐

Latino-americana ☐

Negra ☐

Asiática ☐

Outra ☐

Qual? \_\_\_\_\_

Estado Civil

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada/Separada ☐

Viúva ☐

União de Fato ☐

Outro ☐

Situação conjugal aquando da cirurgia

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada / Separada. ☐

Viúva. ☐

União de Fato ☐

Outra ☐

Se indicou outra, indique qual: \_\_\_\_\_

Filhos Biológicos

Sim ☐

Não ☐

Quantos? \_\_\_\_\_

Filhos Adoptados

Sim ☐

Não ☐

Quantos? \_\_\_\_\_

**Religião**Profeça alguma religião? Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

É praticante? Sim ☐ Não ☐**Habilitações Literárias**Analfabeta Sim ☐ Não ☐Não sabe escrever Sim ☐ Não ☐Não sabe ler Sim ☐ Não ☐0 Ano ☐ 1º- 4º anos ☐ 5º-6º anos ☐7º-9º anos ☐ 10º- 12º anos ☐ Bacharelato ☐Licenciatura ☐ Pós-graduação ☐ Mestrado ☐Doutoramento ☐ Pós-Doutoramento ☐**Profissão** \_\_\_\_\_**Situação Profissional**Trabalhadora por conta própria ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐Trabalhadora precária ☐ Desempregada ☐**Zona de residência**Norte ☐ Algarve ☐ Centro ☐ Açores ☐Lisboa ☐ Madeira ☐ Alentejo ☐ Outra ☐Meio Urbano ☐ Meio Rural ☐**Há quanto tempo foi diagnosticada a Doença?**

(Por favor indique em anos e meses)

\_\_\_\_\_

**Quanto tempo demorou entre o diagnóstico e a cirurgia?**

Meses \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_



**Data de realização da cirurgia**

Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

**Tipo de Cirurgia**

Vesícula ☐  
Hérnia ☐  
Estômago ☐  
Intestino ☐  
Tiroideia ☐  
Outra – qual? -

**Ocorreram complicações médicas após a cirurgia?**

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Tratamentos Efectuados	Início	Fim
Quimioterapia		
Radioterapia		
Hormonoterapia		
Outro		

**Tratamento que está neste momento a realizar?**

Quimioterapia ☐  
Radioterapia ☐  
Hormonoterapia ☐  
Outro ☐

### Consultas de Rotina

#### Com Que Periodicidade?

Semanal ☐

Mensal ☐

Trimestral ☐

Semestral ☐

Se outra, qual? \_\_\_\_\_

## 2 - Antecedentes Clínicos

Hipertensão Sim ☐ Não ☐

Faz tratamento Sim ☐ Não ☐

Hipotensão Sim ☐ Não ☐

Faz tratamento Sim ☐ Não ☐

Problemas cardíacos - Sim ☐ Não ☐

Quais? \_\_\_\_\_

Faz tratamento Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

Diabetes Sim ☐ Não ☐

Faz tratamento Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

Doença pulmonar Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

Faz tratamento Sim ☐ Não ☐

Artrite reumatóide Sim ☐ Não ☐

Faz tratamento Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

**Hipotiroidismo**

Sim ☐ Não ☐

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

**Hipertiroidismo**

Sim ☐ Não ☐

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

**Doença foro ginecológico**

Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual? \_\_\_\_\_

Alguma vez esteve grávida?

Sim ☐ Não ☐

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Depois do parto amamentou?

Sim ☐ Não ☐

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Alguma vez fez tratamentos hormonais?

Sim ☐ Não ☐

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual o método anticoncepcional que usava?

\_\_\_\_\_

Teve algum aborto

Sim ☐ Não ☐

Quantos? \_\_\_\_\_

Espontâneo

Sim ☐ Não ☐

Provocado

Sim ☐ Não ☐

**Doença foro psiquiátrico**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

**Doença vesícula**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

**Doença pancreática**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

**Doença do estômago**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

**Doença dos intestinos**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

**Doença sanque**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

**Doença sexualmente transmitidas**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

**Doença oncológica**

Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

Faz tratamento Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

### 3 - Hábitos vigilância Saúde

Tem médico de Família? Sim ☐ Não ☐

Quantas vezes por ano vai consulta rotina? \_\_\_\_\_

Realiza os exames de rotina que lhe são requisitados? Sim ☐ Não ☐

Já tinha feito algum exame mama? Sim ☐ Não ☐

Há quantos anos faz despiste de cancro mama? \_\_\_\_\_

Tem na família história de cancro mama? Sim ☐ Não ☐

Quem? \_\_\_\_\_

Costumava fazer em casa a palpação da mama? Sim ☐ Não ☐

### 4 - Doença Actual

#### Como foi descoberta esta situação de doença actual?

Acaso Sim ☐ Não ☐

Esclarecimento de situação duvidosa Sim ☐ Não ☐

Exames de rotina Sim ☐ Não ☐

Outra situação Sim ☐ Não ☐

Qual ? \_\_\_\_\_

#### Que exame de diagnostico realizou?

Ecografia Sim ☐ Não ☐

Endoscopia Digestiva Alta Sim ☐ Não ☐

Colonoscopia Sim ☐ Não ☐

Biópsia Sim ☐ Não ☐

Outro: Qual? \_\_\_\_\_

**Quem lhe transmitiu o diagnóstico?**

Radiologista	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Médico família	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Enfermeiro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ginecologista	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Cirurgião	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Familiar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Outro. Quem ? \_\_\_\_\_

**Como se sentiu?**

Assinale cada um dos pontos colocando uma cruz no número que melhor corresponde ao que sentiu. Cada número tem a seguinte correspondência:

- 1 - totalmente
- 2 - bastante
- 3- mais /menos
- 4- pouco
- 5- nada

Desesperada	1-----2-----3-----4-----5
Triste	1-----2-----3-----4-----5
Revoltada	1-----2-----3-----4-----5
Angustiado	1-----2-----3-----4-----5
Com vontade de morrer	1-----2-----3-----4-----5
Porquê Eu	1-----2-----3-----4-----5
Confiante	1-----2-----3-----4-----5
Com fé	1-----2-----3-----4-----5
Com medo	1-----2-----3-----4-----5
Com esperança	1-----2-----3-----4-----5

Outra reacção Indique qual \_\_\_\_\_

**Com quem estava no momento em que teve a notícia ?**

Só Sim ☐ Não ☐

Com Amigo/a Sim ☐ Não ☐

Com Pessoa Família Sim ☐ Não ☐

Desde diagnóstico até que fui submetida a cirurgia quanto tempo decorreu?

\_\_\_\_\_

Com quem partilhou esta notícia ?

Familiar Sim ☐ Não ☐

Quem ? \_\_\_\_\_

Com Amigo/a Sim ☐ Não ☐

Padre Sim ☐ Não ☐



### EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

#### Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte



**Durante a última semana :**

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

**Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso**

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Óptima



## **EORTC QLQ - BR23**

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

<b>Durante a semana passada:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
<b>Durante as últimas quatro semanas:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

**Durante a última semana:**

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

## COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO

Com estas questões pretendemos saber como valoriza o seu corpo e a sua aparência.

Responda a cada afirmação da forma mais atenta que lhe for possível, colocando à frente de cada frase uma cruz (X) no número que melhor corresponder à sua resposta:

Em que medida concorda com as seguintes afirmações:

1	2	3	4
Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4

Tendo em conta o processo de mudança resultante da sua doença e/ou tratamento, em que medida se identifica com as seguintes afirmações:

1	2	3	4
Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4
			1 2 3 4

- 1 2 3 4
6. Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto. . ☐ ☐ ☐ ☐
7. Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz. .... ☐ ☐ ☐ ☐

Traduzido e adaptado por PALHINHAS, P. TAPADINHAS, A. RIBEIRO, J. (2000)

DATA

-----/-----/-----

### Escala de Imagem Corporal (Hopwood et al, 2001)

Nesta escala são colocadas questões sobre como se sente em relação ao seu aspecto e em relação a qualquer alteração que tenha ocorrido como resultado da doença ou do tratamento.

Face a cada uma das afirmações indique o que mais se ajustar à forma como se sente em relação a si própria, **durante a última semana**.

1. Tem-se sentido constrangida com o seu aspecto?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
2. Tem-se sentido <i>menos</i> atractiva fisicamente como resultado da sua doença ou do tratamento?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
3. Tem-se sentido <i>insatisfeita</i> como seu aspecto quando se veste?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
4. Tem-se sentido <i>menos</i> feminina como resultado da sua doença ou do tratamento?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
5. Tem sentido dificuldade em olhar para si quando está nua?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
6. Tem-se sentido <i>menos</i> atractiva sexualmente como resultado da sua doença ou do tratamento?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
7. Tem evitado pessoas por causa da forma como se sente em relação ao seu aspecto?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
8. Tem sentido o tratamento como algo que deixa o seu corpo menos completo?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
9. Tem-se sentido <i>insatisfeita</i> com o seu corpo?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente
10. Tem-se sentido <i>insatisfeita</i> com o aspecto da sua cicatriz?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente

## Escala de Auto-estima (Rosenberg, 1965)

Nesta escala estão colocadas questões sobre o modo como se vê a si mesma. Indique o seu grau de concordância ou discordância em relação a cada uma das frases apresentadas:

1. No geral estou satisfeita comigo mesma	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
2. Por vezes penso que não valho nada	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
3. Sinto que tenho algumas qualidades boas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
5. Sinto que não tenho muitos motivos de que me orgulhar	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
6. Por vezes sinto-me de facto uma inútil	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
7. Sinto que sou uma pessoa, pelo menos com tanto valor, como a maioria das outras pessoas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
8. Gostaria de ter mais respeito por mim própria	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
9. Em termos gerais sou levada a pensar que sou um falhada	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente
10. Assumo uma atitude positiva para comigo mesma	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Concordo Concordo Indiferente Discordo Discordo totalmente parcialmente parcialmente totalmente

# Vamos agora fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua *Vida Íntima*

Agradecemos que responda de forma honesta e de acordo com o que realmente sente.

Não necessita identificar-se.

Todas as respostas dadas são confidenciais e só são utilizadas para fins académicos.

Como se identifica relativamente à sua orientação sexual ?

- Heterossexual \_\_\_\_
- Bisexual \_\_\_\_
- Homossexual \_\_\_\_

	Sim	Não
Já retomou a sua vida sexual após a cirurgia		
Por sua iniciativa		
Por iniciativa do/a seu/sua Companheiro/a		

Quanto tempo após a cirurgia? \_\_\_\_\_

Em média **antes da cirurgia** quantas vezes tinha relações por semana? \_\_\_\_ número de vezes

E **agora?** \_\_\_\_ número de vezes

Após a cirurgia, durante o acto sexual, passou a ter algum sintoma que não tinha antes?

Qual?

---



## ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL

Com estas questões pretendemos saber como valoriza a sua sexualidade, antes e depois de ter sido operada.

Responda a cada afirmação da forma mais atenta que lhe for possível, colocando à frente de cada frase uma cruz (X) no número que melhor corresponder a sua resposta:

1	2	3	4	5
Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

	1	2	3	4	5
1. Sinto que o meu parceiro sexual aprecia a nossa vida sexual. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha vida sexual é muito excitante. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Para o meu parceiro e para mim o sexo é divertido. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que o meu parceiro sexual vê pouco em mim, excepto pelas relações sexuais que lhe posso proporcionar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que o sexo é sujo e nojento. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A minha vida sexual é monótona. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quando temos relações sexuais estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A minha vida sexual tem falta de qualidade. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
20. Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não o meu parceiro. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. É fácil para mim ficar sexualmente excitada pelo meu parceiro. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sinto que o meu parceiro está sexualmente satisfeito comigo. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. O meu parceiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sinto que a minha vida sexual é enfadonha. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traduzido e adaptado por CARDOSO, Jorge e SOARES, Catarina (1994).

# ANEXO IV - Questionário ao médico

## Informações Clínicas

### Prestadas pelo Médico Assistente da Doente

Dr. \_\_\_\_\_

Data da Intervenção cirúrgica

Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Tipo de Cirurgia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estadiamento da Lesão ( caso se justifique)

\_\_\_\_\_

Complicações Pós-Operatórias ( casos se justifique)

\_\_\_\_\_

Terapêuticas Complementares ( caso se justifique)

Tipo : \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



## ANEXO V - Tabelas estatísticas adicionais

	Antecedentes clínicos						
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)		Valor p
<b>Hipertensão, n (%)</b>							MC/MR/C: 0.880
Sim	11	36.7%	12	42.9%	12	41.4%	
Não	19	63.3%	16	57.1%	17	58.6%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	10	90.9%	11	100.0%	9	81.8%	
Não	1	9.1%	0	0.0%	2	18.2%	
<b>Hipotensão, n (%)</b>							NA
Sim	3	12.5%	5	21.7%	1	3.6%	
Não	21	87.5%	18	78.3%	27	96.4%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	1	33.3%	1	33.3%	1	100.0%	
Não	2	66.7%	2	66.7%	0	0.0%	
<b>Problemas cardíacos, n (%)</b>							NA
Sim	0	0.0%	4	13.8%	1	3.7%	
Não	30	100.0%	25	86.2%	26	96.3%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	-		3	75.0%	0	0.0%	
Não	-		1	25.0%	1	100.0%	
<b>Diabetes, n (%)</b>							NA
Sim	1	3.3%	4	13.3%	4	13.3%	
Não	29	96.7%	26	86.7%	26	86.7%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	1	100.0%	4	100.0%	3	75.0%	
Não	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	
<b>Doença pulmonar, n (%)</b>							NA
Sim	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%	
Não	30	100.0%	28	93.3%	29	100.0%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	
Não	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
<b>Artrite reumatoide, n (%)</b>							NA
Sim	0	0.0%	3	10.0%	1	3.4%	
Não	30	100.0%	27	90.0%	28	96.6%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	
Não	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%	
<b>Outras doenças reumáticas, n (%)</b>							MC/MR/C: (*)
Sim	5	16.7%	10	41.7%	-		
Não	25	83.3%	14	58.3%	-		
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	5	29.4%	6	60.0%	-		
Não	12	70.6%	4	40.0%	-		
<b>Hipotireoidismo, n (%)</b>							NA
Sim	2	6.7%	1	3.3%	1	4.0%	
Não	28	93.3%	29	96.7%	24	96.0%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	
Não	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	

Antecedentes clínicos							
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)		Valor p
<b>Hipertireoidismo, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	0	0.0%	3	11.1%	NA
Não	30	100.0%	30	100.0%	24	88.9%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	-		-		2	66.7%	
Não	-		-		1	33.3%	
<b>Outras doenças endócrinas, n (%)</b>							
Sim	1	3.3%	1	3.7%	-		NA
Não	29	96.7%	26	96.3%	-		
<b>Doença do foro psiquiátrico, n (%)</b>							
Sim	5	16.7%	3	10.0%	5	17.9%	NA
Não	25	83.3%	27	90.0%	23	82.1%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	5	100.0%	2	66.7%	5	100.0%	
Não	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	
<b>Internamento hospitalar, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	0	0.0%	-		
Não	5	100.0%	3	100.0%	-		
<b>Doença gastrointestinal, n (%)</b>							
<b>Estômago</b>							
Sim	5	16.7%	6	20.0%	8	26.7%	MC/MR/C: 0.627
Não	25	83.3%	24	80.0%	22	73.3%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	4	80.0%	4	66.7%	5	71.4%	
Não	1	20.0%	2	33.3%	2	28.6%	
<b>Fígado, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	1	3.3%	-		MC/MR/C: >0.999
Não	30	100.0%	29	96.7%	-		
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	0	0.0%	-		
Não	0	0.0%	1	100.0%	-		
<b>Vesícula, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	4	13.3%	9	30.0%	NA
Não	30	100.0%	26	86.7%	21	70.0%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	0	0.0%	5	83.3%	
Não	0	0.0%	4	100.0%	1	16.7%	
<b>Pâncreas, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
Não	30	100.0%	30	100.0%	30	100.0%	
<b>Intestino, n (%)</b>							
Sim	4	13.3%	7	23.3%	8	27.6%	MC/MR/C: 0.389
Não	26	86.7%	23	76.7%	21	72.4%	
<b>Faz tratamento, n (%)</b>							
Sim	3	75.0%	5	71.4%	2	40.0%	
Não	1	25.0%	2	28.6%	3	60.0%	
<b>Doença do sangue, n (%)</b>							
Sim	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
Não	30	100.0%	30	100.0%	30	100.0%	

		Antecedentes clínicos					
		Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	Valor p
Doença sexualmente transmissível, n (%)							
Sim	0	0.0%	0	0.0%	1*	3.3%	NA
Não	30	100.0%	30	100.0%	29	96.7%	
Doença oncológica, n (%)**							
Sim	0	0.0%	3	10.0%	1***	3.3%	NA
Não	30	100.0%	27	90.0%	29	96.7%	
Faz tratamento, n (%)							
Sim	0	0.0%	2	66.7%	-		
Não	0	0.0%	1	33.3%	-		

\*Não respondeu se fazia tratamento.

\*\*No caso das mastectomizadas, a questão referiu-se a outras doenças oncológicas.

\*\*\*Carcinoma folicular da tiróide.

Escala de impacto do tratamento mamário - variáveis categóricas

Escala de Impacto do tratamento mastológico – variáveis categóricas				
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)	
<b>Incomoda-me ser vista nua</b>				
Nunca	12	40.0%	2	6.7%
Raramente	15	50.0%	1	3.3%
Às vezes	3	10.0%	9	30.0%
Frequentemente	0	0.0%	18	60.0%
<b>Evito olhar e/ou tocar na cicatriz</b>				
Nunca	12	40.0%	4	13.3%
Raramente	9	30.0%	5	16.7%
Às vezes	9	30.0%	11	36.7%
Frequentemente	0	0.0%	10	33.3%
<b>Sinto-me perturbada por sentimentos ou pensamentos relacionados com a deformação do corpo</b>				
Nunca	9	30.0%	3	10.3%
Raramente	9	30.0%	3	10.3%
Às vezes	12	40.0%	7	24.1%
Frequentemente	0	0.0%	16	55.2%
<b>Sinto-me constrangida quando mostro a cicatriz ao meu companheiro</b>				
Nunca	12	40.0%	4	13.3%
Raramente	8	26.7%	2	6.7%
Às vezes	9	30.0%	8	26.7%
Frequentemente	1	3.3%	16	53.3%
<b>Quando olho para outras mulheres, acho que o meu corpo se apresenta diferente do delas</b>				
Nunca	15	50.0%	6	20.0%
Raramente	4	13.3%	6	20.0%
Às vezes	11	36.7%	10	33.3%
Frequentemente	0	0.0%	8	26.7%
<b>Tenho emoções muito fortes sobre a forma como o meu corpo é visto</b>				
Nunca	10	33.3%	6	20.0%
Raramente	6	20.0%	4	13.3%
Às vezes	13	43.3%	7	23.3%
Frequentemente	1	3.3%	13	43.3%
<b>Penso como era o meu corpo antes do tratamento</b>				
Nunca	2	6.7%	3	10.0%
Raramente	6	20.0%	1	3.3%
Às vezes	20	66.7%	11	36.7%
Frequentemente	2	6.7%	15	50.0%
<b>Lembro-me da minha cicatriz ao escolher roupa para vestir</b>				
Nunca	15	50.0%	5	16.7%
Raramente	6	20.0%	6	20.0%
Às vezes	7	23.3%	9	30.0%
Frequentemente	2	6.7%	10	33.3%
<b>Há coisas que vejo ou ouço que me fazem lembrar que o meu corpo agora é diferente</b>				
Nunca	6	20.0%	4	13.3%
Raramente	5	16.7%	3	10.0%
Às vezes	15	50.0%	9	30.0%
Frequentemente	4	13.3%	14	46.7%



Escala de impacto do tratamento mamário - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)	
<b>Evito emocionar-me quando penso o quanto o meu corpo modificou</b>				
Nunca	4	13.3%	6	20.0%
Raramente	12	40.0%	2	6.7%
Às vezes	10	33.3%	11	36.7%
Frequentemente	4	13.3%	11	36.7%
<b>Penso constantemente no quanto o meu corpo mudou</b>				
Nunca	3	10.0%	5	16.7%
Raramente	18	60.0%	5	16.7%
Às vezes	6	20.0%	5	16.7%
Frequentemente	3	10.0%	15	50.0%
<b>Recuso-me a aceitar o aspeto do meu corpo</b>				
Nunca	14	46.7%	7	23.3%
Raramente	11	36.7%	4	13.3%
Às vezes	3	10.0%	10	33.3%
Frequentemente	2	6.7%	9	30.0%
<b>Evito pensar nas mudanças que sofreram os meus seios</b>				
Nunca	3	10.0%	2	6.7%
Raramente	15	50.0%	2	6.7%
Às vezes	9	30.0%	11	36.7%
Frequentemente	3	10.0%	15	50.0%

Escala de impacto do tratamento mamário - variáveis numéricas

	<b>Mastectomia conservadora (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical (n=30)</b>
<b>Incomoda-me ser vista nua (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	0.8 (0.9)	3.9 (1.5)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	5 (0-5)
<b>Evito olhar e/ou tocar na cicatriz (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1.2 (1.3)	2.9 (1.8)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	3 (0-5)
<b>Sinto-me perturbada por sentimentos ou pensamentos relacionados com a deformação do corpo (0-5)</b>		
N	30	29
Média (DP)	1.5 (1.3)	3.6 (1.8)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	5 (0-5)
<b>Sinto-me constrangida quando mostro a cicatriz ao meu companheiro (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1.3 (1.5)	3.5 (1.9)
Mediana (min-máx)	1 (0-5)	5 (0-5)
<b>Quando olho para outras mulheres, acho que o meu corpo se apresenta diferente do delas (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1.2 (1.4)	2.5 (1.9)
Mediana (min-máx)	0.5 (0-3)	3 (0-5)
<b>Tenho emoções muito fortes sobre a forma como o meu corpo é visto (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1.7 (1.5)	3 (2.1)
Mediana (min-máx)	1 (0-5)	3 (0-5)
<b>Penso como era o meu corpo antes do tratamento (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	2.5 (1.2)	3.6 (1.7)
Mediana (min-máx)	3 (0-5)	4 (0-5)
<b>Lembro-me da minha cicatriz ao escolher roupa para vestir (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1.2 (1.6)	2.8 (1.9)
Mediana (min-máx)	0.5 (0-5)	3 (0-5)
<b>Há coisas que vejo ou ouço que me fazem lembrar que o meu corpo agora é diferente (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	2.3 (1.6)	3.3 (1.9)
Mediana (min-máx)	3 (0-5)	3 (0-5)
<b>Evito emocionar-me quando penso o quanto o meu corpo modificou (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	2.1 (1.6)	3 (1.9)
Mediana (min-máx)	1 (0-5)	3 (0-5)

Escala de impacto do tratamento mamário - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)
<b>Penso constantemente no quanto o meu corpo mudou (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1.7 (1.4)	3.2 (2.1)
Mediana (min-máx)	1 (0-5)	4 (0-5)
<b>Recuso-me a aceitar o aspeto do meu corpo (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1 (1.4)	2.6 (2)
Mediana (min-máx)	1 (0-5)	3 (0-5)
<b>Evito pensar nas mudanças que sofreram os meus seios (0-5)</b>		
N	30	30
Média (DP)	1.9 (1.5)	3.7 (1.6)
Mediana (min-máx)	1 (0-5)	4 (0-5)

NOTA. 0=Nunca; 5=Freqüentemente

## EORTC QLQ-C30 - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)	
<b>Custa-lhe fazer esforços mais violentos, n (%)</b>						
Não	6	20.0%	6	20.0%	11	36.7%
Um pouco	17	56.7%	14	46.7%	14	46.7%
Bastante	3	10.0%	4	13.3%	4	13.3%
Muito	4	13.3%	6	20.0%	1	3.3%
<b>Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé, n (%)</b>						
Não	19	63.3%	10	34.5%	13	43.3%
Um pouco	9	30.0%	12	41.4%	12	40.0%
Bastante	2	6.7%	6	20.7%	4	13.3%
Muito	0	0.0%	1	3.4%	1	3.3%
<b>Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa, n (%)</b>						
Não	26	86.7%	25	83.3%	28	93.3%
Um pouco	4	13.3%	5	16.7%	2	6.7%
Bastante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia, n (%)</b>						
Não	28	93.3%	24	80.0%	30	100,0%
Um pouco	2	6.7%	4	13.3%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho, n (%)</b>						
Não	30	100.0%	30	100.0%	30	100,0%
Um pouco	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:</b>						
<b>Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias, n (%)</b>						
Não	25	83.3%	14	46.7%	21	70.0%
Um pouco	3	10.0%	10	33.3%	7	23.3%
Bastante	2	6.7%	5	16.7%	2	6.7%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
<b>Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer, n (%)</b>						
Não	24	80.0%	16	53.3%	25	83.3%
Um pouco	3	10.0%	9	30.0%	5	16.7%
Bastante	3	10.0%	5	16.7%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Teve falta de ar, n (%)</b>						
Não	28	100.0%	28	93.3%	30	100.0%
Um pouco	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

## EORTC QLQ-C30 - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Teve dores, n (%)</b>						
Não	17	56.7%	19	63.3%	20	66.7%
Um pouco	13	43.3%	6	20.0%	9	30.0%
Bastante	0	0.0%	4	13.3%	1	3.3%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
<b>Precisou de descansar, n (%)</b>						
Não	16	53.3%	12	41.4%	21	70.0%
Um pouco	13	43.3%	10	34.5%	9	30.0%
Bastante	1	3.3%	6	20.7%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
<b>Teve dificuldade em dormir, n (%)</b>						
Não	15	50.0%	15	50.0%	22	73.3%
Um pouco	11	36.7%	10	33.3%	8	26.7%
Bastante	4	13.3%	2	6.7%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%
<b>Sentiu-se fraco/a, n (%)</b>						
Não	21	70.0%	16	53.3%	27	90.0%
Um pouco	9	30.0%	12	40.0%	2	6.7%
Bastante	0	0.0%	2	6.7%	1	3.3%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Teve falta de apetite, n (%)</b>						
Não	26	86.7%	24	80.0%	28	93.3%
Um pouco	4	13.3%	5	16.7%	2	6.7%
Bastante	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Teve enjoos, n (%)</b>						
Não	27	90.0%	24	80.0%	30	100.0%
Um pouco	3	10.0%	3	10.0%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
<b>Vomitou, n (%)</b>						
Não	27	90.0%	28	93.3%	30	100.0%
Um pouco	3	10.0%	0	0.0%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
<b>Teve prisão de ventre, n (%)</b>						
Não	19	63.3%	11	36.7%	15	50.0%
Um pouco	10	33.3%	10	33.3%	10	33.3%
Bastante	0	0.0%	2	6.7%	5	16.7%
Muito	1	3.3%	7	23.3%	0	0.0%
<b>Teve diarreia, n (%)</b>						
Não	29	96.7%	26	86.7%	28	93.3%
Um pouco	0	0.0%	3	10.0%	2	6.7%
Bastante	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%

## EORTC QLQ-C30 - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)	
<b>Sentiu-se cansado/a, n (%)</b>						
Não	18	60.0%	13	43.3%	21	72.4%
Um pouco	11	36.7%	11	36.7%	7	24.1%
Bastante	0	0.0%	4	13.3%	1	3.4%
Muito	1	3.3%	2	6.7%	0	0.0%
<b>As dores perturbaram as suas atividades diárias, n (%)</b>						
Não	19	63.3%	16	55.2%	19	63.3%
Um pouco	9	30.0%	9	31.0%	9	30.0%
Bastante	0	0.0%	3	10.3%	2	6.7%
Muito	2	6.7%	1	3.4%	0	0.0%
<b>Teve dificuldade em concentrar-se, n (%)</b>						
Não	19	63.3%	22	75.9%	26	86.7%
Um pouco	10	33.3%	4	13.8%	4	13.3%
Bastante	0	0.0%	2	6.9%	0	.0%
Muito	1	3.3%	1	3.4%	0	0.0%
<b>Sentiu-se tenso/a, n (%)</b>						
Não	15	50.0%	13	44.8%	18	60.0%
Um pouco	10	33.3%	11	37.9%	11	36.7%
Bastante	4	13.3%	3	10.3%	1	3.3%
Muito	1	3.3%	2	6.9%	0	0.0%
<b>Teve preocupações, n (%)</b>						
Não	9	30.0%	12	40.0%	19	63.3%
Um pouco	13	43.3%	12	40.0%	10	33.3%
Bastante	6	20.0%	4	13.3%	1	3.3%
Muito	2	6.7%	2	6.7%	0	0.0%
<b>Sentiu-se irritável, n (%)</b>						
Não	17	56.7%	12	40.0%	20	66.7%
Um pouco	8	26.7%	12	40.0%	9	30.0%
Bastante	4	13.3%	5	16.7%	1	3.3%
Muito	1	3.3%	1	3.3%	0	0.0%
<b>Sentiu-se deprimido/a, n (%)</b>						
Não	16	53.3%	17	56.7%	21	70.0%
Um pouco	9	30.0%	8	26.7%	8	26.7%
Bastante	5	16.7%	4	13.3%	1	3.3%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
<b>Teve dificuldade em lembrar-se das coisas, n (%)</b>						
Não	19	63.3%	13	44.8%	25	86.2%
Um pouco	10	33.3%	13	44.8%	4	13.8%
Bastante	1	3.3%	2	6.9%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
<b>O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar, n (%)</b>						
Não	18	60.0%	20	66.7%	24	80.0%
Um pouco	11	36.7%	4	13.3%	4	13.3%
Bastante	1	3.3%	2	6.7%	2	6.7%
Muito	0	0.0%	4	13.3%	0	0.0%

## EORTC QLQ-C30 - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade social, n (%)</b>						
Não	20	66.7%	20	69.0%	25	83.3%
Um pouco	9	30.0%	5	17.2%	4	13.3%
Bastante	0	0.0%	2	6.9%	1	3.3%
Muito	1	3.3%	2	6.9%	0	0.0%
<b>O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira, n (%)</b>						
Não	25	83.3%	18	60.0%	26	86.7%
Um pouco	5	16.7%	9	30.0%	3	10.0%
Bastante	0	0.0%	1	3.3%	1	3.3%
Muito	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
<b>Como classificaria a sua saúde em geral na última semana, n (%)</b>						
2	1	3.3%	2	6.7%	0	0.0%
3	0	0.0%	2	6.7%	1	3.3%
4	9	30.0%	9	30.0%	3	10.0%
5	11	36.7%	8	26.7%	8	26.7%
6	8	26.7%	7	23.3%	9	30.0%
7	1	3.3%	2	6.7%	9	30.0%
<b>Como classificaria a sua qualidade de vida global na última semana, n (%)</b>						
2	1	3.3%	3	10.0%	0	0.0%
3	0	0.0%	7	23.3%	0	0.0%
4	8	26.7%	6	20.0%	4	13.3%
5	11	36.7%	6	20.0%	9	30.0%
6	10	33.3%	6	20.0%	10	33.3%
7	0	0.0%	2	6.7%	7	23.3%

## EORTC QLQ-C30 - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Costa-lhe fazer esforços mais violentos (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.2 (0.9)	2.3 (1)	1.8 (0.8)
Mediana (min-máx)	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)
<b>Costa-lhe percorrer uma grande distância a pé (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.4 (0.6)	1.9 (0.8)	1.8 (0.8)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	2 (1-4)	2 (1-4)
<b>Costa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.3)	1.2 (0.4)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)
<b>Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.3)	1.3 (0.6)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-1)
<b>Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)
<b>DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:</b>			
<b>Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.2 (0.6)	1.8 (0.9)	1.4 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	2 (1-4)	1 (1-3)
<b>Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.3 (0.7)	1.6 (0.8)	1.2 (0.4)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-3)	1 (1-2)
<b>Teve falta de ar (1-4)</b>			
N	28	30	30
Média (DP)	1 (0)	1.1 (0.3)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-1)	1 (1-2)	1 (1-1)
<b>Teve dores (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.4 (0.5)	1.6 (0.9)	1.4 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-3)



## EORTC QLQ-C30 - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Precisou de descansar (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.5 (0.6)	1.9 (0.9)	1.3 (0.5)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	2 (1-4)	1 (1-2)
<b>Teve dificuldade em dormir (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.6 (0.7)	1.8 (1)	1.3 (0.4)
Mediana (min-máx)	1.5 (1-3)	1.5 (1-4)	1 (1-2)
<b>Sentiu-se fraco/a (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.3 (0.5)	1.5 (0.6)	1.1 (0.4)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-3)
<b>Teve falta de apetite (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.3)	1.2 (0.5)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-2)
<b>Teve enjoos (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.3)	1.4 (0.9)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-1)
<b>Vomitou (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.3)	1.2 (0.6)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-1)
<b>Teve prisão de ventre (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.4 (0.7)	2.2 (1.2)	1.7 (0.8)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	2 (1-4)	1.5 (1-3)
<b>Teve diarreia (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.4)	1.2 (0.6)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-2)
<b>Sentiu-se cansado/a (1-4)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	1.5 (0.7)	1.8 (0.9)	1.3 (0.5)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	2 (1-4)	1 (1-3)
<b>As dores perturbaram as suas atividades diárias (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.5 (0.8)	1.6 (0.8)	1.4 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>Teve dificuldade em concentrar-se (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.4 (0.7)	1.4 (0.8)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-2)

## EORTC QLQ-C30 - variáveis numéricas

	<b>Mastectomia conservadora (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical (n=30)</b>	<b>Grupo controlo (n=30)</b>
<b>Sentiu-se tenso/a (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.7 (0.8)	1.8 (0.9)	1.4 (0.6)
Mediana (min-máx)	1.5 (1-4)	2 (1-4)	1 (1-3)
<b>Teve preocupações (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2 (0.9)	1.9 (0.9)	1.4 (0.6)
Mediana (min-máx)	2 (1-4)	2 (1-4)	1 (1-3)
<b>Sentiu-se irritável (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.6 (0.9)	1.8 (0.8)	1.4 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	2 (1-4)	1 (1-3)
<b>Sentiu-se deprimido/a (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.6 (0.8)	1.6 (0.9)	1.3 (0.5)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>Teve dificuldade em lembrar-se das coisas (1-4)</b>			
N	30	29	29
Média (DP)	1.4 (0.6)	1.7 (0.8)	1.1 (0.4)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	2 (1-4)	1 (1-2)
<b>O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.4 (0.6)	1.7 (1.1)	1.3 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade social (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.4 (0.7)	1.5 (0.9)	1.2 (0.5)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.2 (0.4)	1.6 (0.9)	1.2 (0.5)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>Como classificaria a sua saúde em geral na última semana (1-7)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	4.9 (1)	4.7 (1.3)	5.7 (1.1)
Mediana (min-máx)	5 (2-7)	5 (2-7)	6 (3-7)
<b>Como classificaria a sua qualidade de vida global na última semana (1-7)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	5 (1)	4.4 (1.5)	5.7 (1)
Mediana (min-máx)	5 (2-6)	4 (2-7)	6 (4-7)

## EORTC QLQ-BR23 - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
DURANTE A SEMANA PASSADA:						
Sentiu segura na boca						
Não	23	76.7%	19	65.5%	27	90.0%
Um pouco	7	23.3%	6	20.7%	2	6.7%
Bastante	0	0.0%	1	3.4%	1	3.3%
Muito	0	0.0%	3	10.3%	0	0.0%
A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual						
Não	24	80.0%	23	76.7%	28	96.6%
Um pouco	6	20.0%	6	20.0%	1	3.4%
Bastante	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram						
Não	22	73.3%	20	69.0%	26	86.7%
Um pouco	5	16.7%	5	17.2%	4	13.3%
Bastante	3	10.0%	2	6.9%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	2	6.9%	0	0.0%
Caiu-lhe algum cabelo						
Não	27	90.0%	19	63.3%	26	86.7%
Um pouco	3	10.0%	5	16.7%	2	6.7%
Bastante	0	0.0%	2	6.7%	1	3.3%
Muito	0	0.0%	4	13.3%	1	3.3%
Ficou preocupada com as quedas de cabelo						
Não	1	33.3%	1	9.1%	2	50.0%
Um pouco	2	66.7%	4	36.4%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	2	18.2%	2	50.0%
Muito	0	0.0%	4	36.4%	0	0.0%
Sentiu-se doente ou indisposta						
Não	18	60.0%	22	73.3%	24	80.0%
Um pouco	12	40.0%	7	23.3%	6	20.0%
Bastante	0	0.0%	0	.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Teve afrontamentos						
Não	12	40.0%	17	56.7%	25	86.2%
Um pouco	13	43.3%	9	30.0%	4	13.8%
Bastante	5	16.7%	1	3.3%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%
Teve dores de cabeça						
Não	12	40.0%	16	55.2%	20	71.4%
Um pouco	17	56.7%	10	34.5%	7	25.0%
Bastante	1	3.3%	1	3.4%	1	3.6%
Muito	0	0.0%	2	6.9%	0	0.0%

## EORTC QLQ-BR23 - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento</b>						
Não	21	70.0%	10	33.3%	29	96.7%
Um pouco	6	20.0%	8	26.7%	0	0.0%
Bastante	3	10.0%	3	10.0%	1	3.3%
Muito	0	0.0%	9	30.0%	0	0.0%
<b>Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento</b>						
Não	19	63.3%	10	34.5%	29	96.7%
Um pouco	8	26.7%	7	24.1%	1	3.3%
Bastante	3	10.0%	1	3.4%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	11	37.9%	0	0.0%
<b>Teve dificuldade em olhar para o seu corpo nua</b>						
Não	17	56.7%	12	41.4%	28	93.3%
Um pouco	8	26.7%	6	20.7%	2	6.7%
Bastante	5	16.7%	2	6.9%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	9	31.0%	0	0.0%
<b>Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo</b>						
Não	10	33.3%	9	30.0%	23	76.7%
Um pouco	13	43.3%	9	30.0%	2	6.7%
Bastante	6	20.0%	3	10.0%	4	13.3%
Muito	1	3.3%	9	30.0%	1	3.3%
<b>Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro</b>						
Não	5	16.7%	2	6.7%	19	63.3%
Um pouco	4	13.3%	1	3.3%	8	26.7%
Bastante	12	40.0%	16	53.3%	3	10.0%
Muito	9	30.0%	11	36.7%	0	0.0%
<b>DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS:</b>						
<b>Até que ponto sentiu desejo sexual</b>						
Não	10	33.3%	17	56.7%	2	6.7%
Um pouco	16	53.3%	13	43.3%	15	50.0%
Bastante	4	13.3%	0	0.0%	12	40.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%
<b>Até que ponto esteve sexualmente ativa</b>						
Não	4	13.3%	14	46.7%	1	3.3%
Um pouco	22	73.3%	15	50.0%	17	56.7%
Bastante	4	13.3%	1	3.3%	10	33.3%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	2	6.7%
<b>Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer</b>						
Não	6	24.0%	9	56.2%	2	6.9%
Um pouco	16	64.0%	5	31.2%	12	41.4%
Bastante	3	12.0%	2	12.5%	12	41.4%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	3	10.3%

## EORTC QLQ-BR23 - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:						
Teve dores no braço ou ombro						
Não	23	76.7%	15	50.0%	26	92.9%
Um pouco	7	23.3%	14	46.7%	2	7.1%
Bastante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Teve o braço ou a mão inchados						
Não	29	96.7%	23	76.7%	26	92.9%
Um pouco	1	3.3%	6	20.0%	2	7.1%
Bastante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Teve dificuldades em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele						
Não	21	70.0%	17	56.7%	27	96.4%
Um pouco	9	30.0%	13	43.3%	1	3.6%
Bastante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Sentiu dores na área da mama afetada						
Não	25	83.3%	21	70.0%	27	96.4%
Um pouco	5	16.7%	7	23.3%	1	3.6%
Bastante	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
A área da mama afetada inchou						
Não	27	90.0%	26	89.7%	28	100.0%
Um pouco	3	10.0%	2	6.9%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Sentiu a área da mama afetada muito sensível						
Não	24	80.0%	18	60.0%	28	100.0%
Um pouco	5	16.7%	7	23.3%	0	0.0%
Bastante	1	3.3%	5	16.7%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Teve problemas de pele na área ou á volta da área da mama afetada						
Não	25	83.3%	21	70.0%	28	100.0%
Um pouco	5	16.7%	4	13.3%	0	0.0%
Bastante	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%
Muito	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%

## EORTC QLQ-BR23 - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>DURANTE A SEMANA PASSADA:</b>			
<b>Sentiu segura na boca (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.2 (0.4)	1.6 (1)	1.1 (0.4)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual (1-4)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	1.2 (0.4)	1.3 (0.5)	1 (0.2)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-2)
<b>Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.4 (0.7)	1.5 (0.9)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-2)
<b>Caiu-lhe algum cabelo (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.3)	1.7 (1.1)	1.2 (0.7)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-4)
<b>Ficou preocupada com as quedas de cabelo (1-4)</b>			
N	3	11	4
Média (DP)	1.7 (0.6)	2.8 (1.1)	2 (1.2)
Mediana (min-máx)	2 (1-2)	3 (1-4)	2 (1-3)
<b>Sentiu-se doente ou indisposta (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.4 (0.5)	1.3 (0.7)	1.2 (0.4)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-2)
<b>Teve afrontamentos (1-4)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	1.8 (0.7)	1.7 (1)	1.1 (0.4)
Mediana (min-máx)	2 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-2)
<b>Teve dores de cabeça (1-4)</b>			
N	30	29	28
Média (DP)	1.6 (0.6)	1.6 (0.9)	1.3 (0.5)
Mediana (min-máx)	2 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.4 (0.7)	2.4 (1.2)	1.1 (0.4)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	2 (1-4)	1 (1-3)
<b>Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.5 (0.7)	2.4 (1.3)	1 (0.2)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	2 (1-4)	1 (1-2)

## EORTC QLQ-BR23 - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Teve dificuldade em olhar para o seu corpo nua (1-4)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.6 (0.8)	2.3 (1.3)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	2 (1-4)	1 (1-2)
<b>Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.9 (0.8)	2.4 (1.2)	1.4 (0.9)
Mediana (min-máx)	2 (1-4)	2 (1-4)	1 (1-4)
<b>Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.8 (1.1)	3.2 (0.8)	1.5 (0.7)
Mediana (min-máx)	3 (1-4)	3 (1-4)	1 (1-3)
<b>DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS:</b>			
<b>Até que ponto sentiu desejo sexual (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.8 (0.7)	1.4 (0.5)	2.4 (0.7)
Mediana (min-máx)	2 (1-3)	1 (1-2)	2 (1-4)
<b>Até que ponto esteve sexualmente ativa (1-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2 (0.5)	1.6 (0.6)	2.4 (0.7)
Mediana (min-máx)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-4)
<b>Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer (1-4)</b>			
N	25	16	29
Média (DP)	1.9 (0.6)	1.6 (0.7)	2.6 (0.8)
Mediana (min-máx)	2 (1-3)	1 (1-3)	3 (1-4)
<b>DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:</b>			
<b>Teve dores no braço ou ombro (1-4)</b>			
N	30	30	28
Média (DP)	1.2 (0.4)	1.6 (0.7)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1.5 (1-4)	1 (1-2)
<b>Teve o braço ou a mão inchados (1-4)</b>			
N	30	30	28
Média (DP)	1 (0.2)	1.3 (0.7)	1.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-2)
<b>Teve dificuldades em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele (1-4)</b>			
N	30	30	28
Média (DP)	1.3 (0.5)	1.4 (0.5)	1 (0.2)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)

## EORTC QLQ-BR23 - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Sentiu dores na área da mama afetada (1-4)</b>			
N	30	30	28
Média (DP)	1.2 (0.4)	1.4 (0.6)	1 (0.2)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-2)
<b>A área da mama afetada inchou (1-4)</b>			
N	30	29	28
Média (DP)	1.1 (0.3)	1.1 (0.4)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-1)
<b>Sentiu a área da mama afetada muito sensível (1-4)</b>			
N	30	30	28
Média (DP)	1.2 (0.5)	1.6 (0.8)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-3)	1 (1-1)
<b>Teve problemas de pele na área ou á volta da área da mama afetada (1-4)</b>			
N	30	30	28
Média (DP)	1.2 (0.4)	1.5 (0.9)	1 (0)
Mediana (min-máx)	1 (1-2)	1 (1-4)	1 (1-1)



Relação com o corpo - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
Relação com o corpo – variáveis categóricas						
<b>Considero que o meu corpo e uma expressão do “ser feminina”</b>						
Não concordo	0	0.0%	4	13.3%	0	0.0%
Concordo pouco	2	6.7%	1	3.3%	4	13.3%
Concordo moderadamente	8	26.7%	9	30.0%	6	20.0%
Concordo bastante	20	66.7%	16	53.3%	20	66.7%
<b>O corpo é importante numa relação entre um homem e uma mulher</b>						
Não concordo	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
Concordo pouco	0	0.0%	2	6.7%	2	6.7%
Concordo moderadamente	8	26.7%	8	26.7%	7	23.3%
Concordo bastante	22	73.3%	18	60.0%	21	70.0%
<b>Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo</b>						
Não concordo	5	16.7%	13	43.3%	0	0.0%
Concordo pouco	3	10.0%	9	30.0%	10	33.3%
Concordo moderadamente	18	60.0%	4	13.3%	10	33.3%
Concordo bastante	4	13.3%	4	13.3%	10	33.3%
<b>O meu parceiro gosta do meu corpo</b>						
Não concordo	0	0.0%	9	30.0%	0	0.0%
Concordo pouco	5	16.7%	11	36.7%	7	23.3%
Concordo moderadamente	17	56.7%	5	16.7%	9	30.0%
Concordo bastante	8	26.7%	5	16.7%	14	46.7%
<b>Olho com agrado para o meu corpo</b>						
Não concordo	5	16.7%	13	43.3%	1	3.3%
Concordo pouco	5	16.7%	8	26.7%	8	26.7%
Concordo moderadamente	17	56.7%	5	16.7%	10	33.3%
Concordo bastante	3	10.0%	4	13.3%	11	36.7%
<b>Valorizo a imagem do meu corpo</b>						
Não concordo	3	10.0%	3	10.0%	0	0.0%
Concordo pouco	4	13.3%	5	16.7%	2	6.7%
Concordo moderadamente	6	20.0%	6	20.0%	13	43.3%
Concordo bastante	17	56.7%	16	53.3%	15	50.0%
<b>Procuro disfarçar aspetos do meu corpo que não me agradam</b>						
Não concordo	0	0.0%	5	16.7%	0	0.0%
Concordo pouco	3	10.0%	4	13.3%	1	3.3%
Concordo moderadamente	10	33.3%	6	20.0%	7	23.3%
Concordo bastante	17	56.7%	15	50.0%	22	73.3%
<b>Tenho-me sentido inibida em relação a minha aparência</b>						
Não concordo	12	40.0%	8	26.7%	22	73.3%
Concordo pouco	9	30.0%	5	16.7%	5	16.7%
Concordo moderadamente	5	16.7%	5	16.7%	3	10.0%
Concordo bastante	4	13.3%	12	40.0%	0	0.0%

Relação com o corpo - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)	
<b>Sinto-me menos atraente fisicamente como resultado da minha doença e/ou tratamento</b>						
Não concordo	15	50.0%	5	16.7%	27	90.0%
Concordo pouco	8	26.7%	6	20.0%	2	6.7%
Concordo moderadamente	3	10.0%	5	16.7%	0	.0%
Concordo bastante	4	13.3%	14	46.7%	1	3.3%
<b>Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento</b>						
Não concordo	18	60.0%	8	26.7%	26	86.7%
Concordo pouco	6	20.0%	2	6.7%	3	10.0%
Concordo moderadamente	4	13.3%	7	23.3%	0	.0%
Concordo bastante	2	6.7%	13	43.3%	1	3.3%
<b>Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua</b>						
Não concordo	11	36.7%	9	30.0%	27	90.0%
Concordo pouco	11	36.7%	2	6.7%	2	6.7%
Concordo moderadamente	4	13.3%	3	10.0%	0	.0%
Concordo bastante	4	13.3%	16	53.3%	1	3.3%
<b>Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento</b>						
Não concordo	12	40.0%	7	23.3%	29	96.7%
Concordo pouco	10	33.3%	4	13.3%	0	.0%
Concordo moderadamente	3	10.0%	4	13.3%	0	.0%
Concordo bastante	5	16.7%	15	50.0%	1	3.3%
<b>Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto</b>						
Não concordo	10	33.3%	2	6.7%	28	93.3%
Concordo pouco	10	33.3%	5	16.7%	1	3.3%
Concordo moderadamente	6	20.0%	4	13.3%	0	0.0%
Concordo bastante	4	13.3%	19	63.3%	1	3.3%
<b>Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz</b>						
Não concordo	11	36.7%	8	26.7%	24	80.0%
Concordo pouco	14	46.7%	8	26.7%	4	13.3%
Concordo moderadamente	4	13.3%	6	20.0%	1	3.3%
Concordo bastante	1	3.3%	8	26.7%	1	3.3%

Relação com o corpo - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Considero que o meu corpo é uma expressão do “ser feminina” (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.6 (0.6)	2.2 (1.0)	2.5 (0.7)
Mediana (min-máx)	3 (1-3)	3 (0-3)	3 (1-3)
<b>O corpo é importante numa relação entre um homem e uma mulher (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.7 (0.4)	2.4 (0.9)	2.6 (0.6)
Mediana (min-máx)	3 (2-3)	3 (0-3)	3 (1-3)
<b>Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.7 (0.9)	1 (1.1)	2 (0.8)
Mediana (min-máx)	2 (0-3)	1 (0-3)	2 (1-3)
<b>O meu parceiro gosta do meu corpo (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.1 (0.7)	1.2 (1.1)	2.2 (0.8)
Mediana (min-máx)	2 (1-3)	1 (0-3)	2 (1-3)
<b>Olho com agrado para o meu corpo (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.6 (0.9)	1 (1.1)	2 (0.9)
Mediana (min-máx)	2 (0-3)	1 (0-3)	2 (0-3)
<b>Valorizo a imagem do meu corpo (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.2 (1)	2.2 (1.1)	2.4 (0.6)
Mediana (min-máx)	3 (0-3)	3 (0-3)	2.5 (1-3)
<b>Procuro disfarçar aspetos do meu corpo que não me agradam (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.5 (0.7)	2 (1.2)	2.7 (0.5)
Mediana (min-máx)	3 (1-3)	2.5 (0-3)	3 (1-3)
<b>Tenho-me sentido inibida em relação a minha aparência (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1 (1.1)	1.7 (1.3)	0.4 (0.7)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	2 (0-3)	0 (0-2)
<b>Sinto-me menos atraente fisicamente como resultado da minha doença e/ou tratamento (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.9 (1.1)	1.9 (1.2)	0.2 (0.6)
Mediana (min-máx)	0.5 (0-3)	2 (0-3)	0 (0-3)
<b>Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.7 (1)	1.8 (1.3)	0.2 (0.6)
Mediana (min-máx)	0 (0-3)	2 (0-3)	0 (0-3)

Relação com o corpo - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1 (1)	1.9 (1.4)	0.2 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	3 (0-3)	0 (0-3)
<b>Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1 (1.1)	1.9 (1.3)	0.1 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	2.5 (0-3)	0 (0-3)
<b>Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (1)	2.3 (1)	0.1 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	3 (0-3)	0 (0-3)
<b>Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.8 (0.8)	1.5 (1.2)	0.3 (0.7)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	1 (0-3)	0 (0-3)

Escala de imagem corporal - variáveis categóricas

Escala de imagem corporal - variáveis categóricas						
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Tem-se sentido constrangida com o seu aspeto</b>						
Nunca	16	53.3%	6	20.0%	18	60.0%
Raramente	7	23.3%	8	26.7%	10	33.3%
Às vezes	7	23.3%	9	30.0%	2	6.7%
Frequentemente	0	0.0%	7	23.3%	0	.0%
<b>Tem-se sentido menos atraente fisicamente como resultado da doença ou tratamento</b>						
Nunca	16	53.3%	6	20.0%	24	82.8%
Raramente	11	36.7%	4	13.3%	5	17.2%
Às vezes	3	10.0%	9	30.0%	0	.0%
Frequentemente	0	0.0%	11	36.7%	0	.0%
<b>Tem-se sentido insatisfeita com o seu aspeto quando se veste</b>						
Nunca	16	53.3%	7	23.3%	21	70.0%
Raramente	7	23.3%	13	43.3%	4	13.3%
Às vezes	6	20.0%	7	23.3%	5	16.7%
Frequentemente	1	3.3%	3	10.0%	0	0.0%
<b>Tem-se sentido menos feminina como resultado da doença ou do tratamento</b>						
Nunca	13	43.3%	10	33.3%	26	86.7%
Raramente	14	46.7%	2	6.7%	4	13.3%
Às vezes	2	6.7%	6	20.0%	0	0.0%
Frequentemente	1	3.3%	12	40.0%	0	0.0%
<b>Tem sentido dificuldade em olhar para si quando está nua</b>						
Nunca	13	43.3%	9	30.0%	23	76.7%
Raramente	12	40.0%	1	3.3%	5	16.7%
Às vezes	4	13.3%	7	23.3%	2	6.7%
Frequentemente	1	3.3%	13	43.3%	0	0.0%
<b>Tem-se sentido menos atrativa sexualmente como resultado da sua doença ou do tratamento</b>						
Nunca	12	40.0%	6	20.0%	27	90.0%
Raramente	9	30.0%	0	0.0%	3	10.0%
Às vezes	8	26.7%	8	26.7%	0	0.0%
Frequentemente	1	3.3%	16	53.3%	0	0.0%
<b>Tem evitado pessoas por causa da forma como se sente em relação ao seu aspeto</b>						
Nunca	27	90.0%	15	50.0%	28	93.3%
Raramente	1	3.3%	4	13.3%	2	6.7%
Às vezes	2	6.7%	9	30.0%	0	0.0%
Frequentemente	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%

Escala de imagem corporal - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controle (n=30)	
Tem sentido o tratamento como algo que deixa o seu corpo menos completo						
Nunca	17	56.7%	7	23.3%	30	100.0%
Raramente	11	36.7%	3	10.0%	0	0.0%
Às vezes	2	6.7%	7	23.3%	0	0.0%
Frequentemente	0	0.0%	13	43.3%	0	0.0%
Tem-se sentido insatisfeita com o seu corpo						
Nunca	7	23.3%	5	16.7%	19	65.5%
Raramente	14	46.7%	5	16.7%	6	20.7%
Às vezes	9	30.0%	7	23.3%	4	13.8%
Frequentemente	0	0.0%	13	43.3%	0	0.0%
Tem-se sentido insatisfeita com o aspeto da sua cicatriz						
Nunca	6	20.0%	6	20.0%	24	80.0%
Raramente	20	66.7%	9	30.0%	5	16.7%
Às vezes	3	10.0%	9	30.0%	1	3.3%
Frequentemente	1	3.3%	6	20.0%	0	0.0%

Escala de imagem corporal - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Tem-se sentido constrangida com o seu aspeto (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.7 (0.8)	1.6 (1.1)	0.5 (0.6)
Mediana (min-máx)	0 (0-2)	2 (0-3)	0 (0-2)
<b>Tem-se sentido menos atrativa fisicamente como resultado da doença ou tratamento (0-3)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	0.6 (0.7)	1.8 (1.2)	0.2 (0.4)
Mediana (min-máx)	0 (0-2)	2 (0-3)	0 (0-1)
<b>Tem-se sentido insatisfeita com o seu aspeto quando se veste (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.7 (0.9)	1.2 (0.9)	0.5 (0.8)
Mediana (min-máx)	0 (0-3)	1 (0-3)	0 (0-2)
<b>Tem-se sentido menos feminina como resultado da doença ou do tratamento (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.7 (0.8)	1.7 (1.3)	0.1 (0.4)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	2 (0-3)	0 (0-1)
<b>Tem sentido dificuldade em olhar para si quando está nua (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.8 (0.8)	1.8 (1.3)	0.3 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	2 (0-3)	0 (0-2)
<b>Tem-se sentido menos atrativa sexualmente como resultado da sua doença ou do tratamento (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.9 (0.9)	2.1 (1.2)	0.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	3 (0-3)	0 (0-1)
<b>Tem evitado pessoas por causa da forma como se sente em relação ao seu aspeto (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.2 (0.5)	0.9 (1.1)	0.1 (0.3)
Mediana (min-máx)	0 (0-2)	0.5 (0-3)	0 (0-1)

Escala de imagem corporal - variáveis numéricas

	<b>Mastectomia conservadora (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical (n=30)</b>	<b>Grupo controlo (n=30)</b>
<b>Tem sentido o tratamento como algo que deixa o seu corpo menos completo (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.5 (0.6)	1.9 (1.2)	0 (0)
Mediana (min-máx)	0 (0-2)	2 (0-3)	0 (0-0)
<b>Tem-se sentido insatisfeita com o seu corpo (0-3)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	1.1 (0.7)	1.9 (1.1)	0.5 (0.7)
Mediana (min-máx)	1 (0-2)	2 (0-3)	0 (0-2)
<b>Tem-se sentido insatisfeita com o aspeto da sua cicatriz (0-3)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1 (0.7)	1.5 (1)	0.2 (0.5)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	1.5 (0-3)	0 (0-2)



Escala de autoestima - variáveis categóricas

Escala de autoestima - variáveis categóricas						
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>No geral, estou satisfeita comigo mesma</b>						
Concordo totalmente	13	43.3%	6	20.0%	16	53.3%
Concordo parcialmente	15	50.0%	11	36.7%	11	36.7%
Indiferente	0	0.0%	7	23.3%	2	6.7%
Discordo parcialmente	2	6.7%	4	13.3%	0	0.0%
Discordo totalmente	0	0.0%	2	6.7%	1	3.3%
<b>Por vezes penso que não valho nada</b>						
Concordo totalmente	2	6.7%	1	3.3%	0	0.0%
Concordo parcialmente	6	20.0%	7	23.3%	4	13.3%
Indiferente	1	3.3%	1	3.3%	0	0.0%
Discordo parcialmente	2	6.7%	11	36.7%	3	10.0%
Discordo totalmente	19	63.3%	10	33.3%	23	76.7%
<b>Sinto que tenho algumas qualidades boas</b>						
Concordo totalmente	19	63.3%	18	60.0%	22	75.9%
Concordo parcialmente	8	26.7%	11	36.7%	5	17.2%
Indiferente	2	6.7%	1	3.3%	0	0.0%
Discordo parcialmente	1	3.3%	0	0.0%	1	3.4%
Discordo totalmente	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%
<b>Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas</b>						
Concordo totalmente	17	56.7%	14	46.7%	17	56.7%
Concordo parcialmente	8	26.7%	12	40.0%	10	33.3%
Indiferente	2	6.7%	3	10.0%	1	3.3%
Discordo parcialmente	2	6.7%	1	3.3%	1	3.3%
Discordo totalmente	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
<b>Sinto que não tenho muitos motivos de que me orgulhar</b>						
Concordo totalmente	0	0.0%	3	10.0%	1	3.3%
Concordo parcialmente	7	23.3%	9	30.0%	3	10.0%
Indiferente	0	0.0%	3	10.0%	2	6.7%
Discordo parcialmente	5	16.7%	6	20.0%	7	23.3%
Discordo totalmente	18	60.0%	9	30.0%	17	56.7%
<b>Por vezes sinto-me de facto uma inútil</b>						
Concordo totalmente	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Concordo parcialmente	6	20.0%	8	26.7%	3	10.3%
Indiferente	1	3.3%	4	13.3%	0	0.0%
Discordo parcialmente	3	10.0%	4	13.3%	4	13.8%
Discordo totalmente	20	66.7%	13	43.3%	22	75.9%

Escala de autoestima - variáveis categóricas

	Escala de autoestima - variáveis categóricas					
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Sinto que sou uma pessoa pelo menos com tanto valor como a maioria das outras pessoas</b>						
Concordo totalmente	19	65.5%	17	56.7%	19	63.3%
Concordo parcialmente	6	20.7%	7	23.3%	6	20.0%
Indiferente	0	0.0%	3	10.0%	3	10.0%
Discordo parcialmente	2	6.9%	2	6.7%	1	3.3%
Discordo totalmente	2	6.9%	1	3.3%	1	3.3%
<b>Gostaria de ter mais respeito por mim própria</b>						
Concordo totalmente	3	10.0%	6	20.0%	4	13.3%
Concordo parcialmente	6	20.0%	10	33.3%	5	16.7%
Indiferente	2	6.7%	3	10.0%	0	0.0%
Discordo parcialmente	3	10.0%	4	13.3%	3	10.0%
Discordo totalmente	16	53.3%	7	23.3%	18	60.0%
<b>Em termos gerais sou levada a pensar que sou uma falhada</b>						
Concordo totalmente	2	6.7%	2	6.7%	0	0.0%
Concordo parcialmente	4	13.3%	4	13.3%	0	0.0%
Indiferente	1	3.3%	4	13.3%	1	3.3%
Discordo parcialmente	0	0.0%	5	16.7%	5	16.7%
Discordo totalmente	23	76.7%	15	50.0%	24	80.0%
<b>Assumo uma atitude positiva para comigo mesma</b>						
Concordo totalmente	19	63.3%	16	53.3%	19	65.5%
Concordo parcialmente	6	20.0%	4	13.3%	5	17.2%
Indiferente	1	3.3%	2	6.7%	2	6.9%
Discordo parcialmente	2	6.7%	7	23.3%	0	0.0%
Discordo totalmente	2	6.7%	1	3.3%	3	10.3%

Escala de autoestima - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>No geral, estou satisfeita comigo mesma (0-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.7 (0.8)	1.5 (1.2)	0.6 (0.9)
Mediana (min-máx)	1 (0-3)	1 (0-4)	0 (0-4)
<b>Por vezes penso que não valho nada (0-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3 (1.5)	2.7 (1.3)	3.5 (1)
Mediana (min-máx)	4 (0-4)	3 (0-4)	4 (1-4)
<b>Sinto que tenho algumas qualidades boas (0-4)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	0.5 (0.8)	0.4 (0.6)	0.4 (1)
Mediana (min-máx)	0 (0-3)	0 (0-2)	0 (0-4)
<b>Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas (0-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	0.7 (1.1)	0.7 (0.8)	0.6 (1)
Mediana (min-máx)	0 (0-4)	1 (0-3)	0 (0-4)
<b>Sinto que não tenho muitos motivos de que me orgulhar (0-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.1 (1.3)	2.3 (1.4)	3.2 (1.2)
Mediana (min-máx)	4 (1-4)	2.5 (0-4)	4 (0-4)
<b>Por vezes sinto-me de facto uma inútil (0-4)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	3.2 (1.2)	2.7 (1.4)	3.6 (1)
Mediana (min-máx)	4 (1-4)	3 (0-4)	4 (1-4)
<b>Sinto que sou uma pessoa pelo menos com tanto valor como a maioria das outras pessoas (0-4)</b>			
N	29	30	30
Média (DP)	0.7 (1.2)	0.8 (1.1)	0.6 (1)
Mediana (min-máx)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)
<b>Gostaria de ter mais respeito por mim própria (0-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.8 (1.5)	1.9 (1.5)	2.9 (1.6)
Mediana (min-máx)	4 (0-4)	1 (0-4)	4 (0-4)
<b>Em termos gerais sou levada a pensar que sou uma falhada (0-4)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.3 (1.4)	2.9 (1.4)	3.8 (0.5)
Mediana (min-máx)	4 (0-4)	3.5 (0-4)	4 (2-4)

Escala de autoestima - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Assumo uma atitude positiva para comigo mesma (0-4)</b>			
N	30	30	29
Média (DP)	0.7 (1.2)	1.1 (1.4)	0.7 (1.3)
Mediana (min-máx)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)

Índice de satisfação sexual: atualmente - variáveis categóricas

Índice de satisfação sexual: atualmente – variáveis categóricas						
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Sinto que o meu parceiro sexual aprecia a nossa vida sexual</b>						
Raramente ou nunca	6	20.0%	9	31.0%	0	0.0%
Poucas vezes	1	3.3%	10	34.5%	2	6.7%
Algumas vezes	10	33.3%	7	24.1%	8	26.7%
Bastantes vezes	10	33.3%	0	0.0%	13	43.3%
Habitualmente ou sempre	3	10.0%	3	10.3%	7	23.3%
<b>A minha vida sexual é muito excitante</b>						
Raramente ou nunca	8	26.7%	23	79.3%	2	6.7%
Poucas vezes	13	43.3%	1	3.4%	4	13.3%
Algumas vezes	3	10.0%	2	6.9%	14	46.7%
Bastantes vezes	5	16.7%	2	6.9%	5	16.7%
Habitualmente ou sempre	1	3.3%	1	3.4%	5	16.7%
<b>O sexo é divertido para ambos</b>						
Raramente ou nunca	6	20.0%	17	58.6%	0	0.0%
Poucas vezes	9	30.0%	6	20.7%	5	16.7%
Algumas vezes	9	30.0%	2	6.9%	14	46.7%
Bastantes vezes	4	13.3%	2	6.9%	3	10.0%
Habitualmente ou sempre	2	6.7%	2	6.9%	8	26.7%
<b>Sinto que o meu parceiro sexual vê pouco em mim, exceto pelas relações sexuais que lhe posso proporcionar</b>						
Raramente ou nunca	9	30.0%	16	55.2%	9	30.0%
Poucas vezes	8	26.7%	6	20.7%	9	30.0%
Algumas vezes	11	36.7%	3	10.3%	7	23.3%
Bastantes vezes	2	6.7%	4	13.8%	3	10.0%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	0	0.0%	2	6.7%
<b>Sinto que o sexo é sujo e nojento</b>						
Raramente ou nunca	24	80.0%	18	62.1%	23	76.7%
Poucas vezes	0	0.0%	6	20.7%	5	16.7%
Algumas vezes	2	6.7%	3	10.3%	1	3.3%
Bastantes vezes	4	13.3%	1	3.4%	0	0.0%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	1	3.4%	1	3.3%
<b>A minha vida sexual é monótona</b>						
Raramente ou nunca	5	16.7%	7	24.1%	12	40.0%
Poucas vezes	1	3.3%	2	6.9%	3	10.0%
Algumas vezes	13	43.3%	2	6.9%	12	40.0%
Bastantes vezes	6	20.0%	2	6.9%	3	10.0%
Habitualmente ou sempre	5	16.7%	16	55.2%	0	0.0%
<b>Quando temos relações estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas</b>						
Raramente ou nunca	3	10.0%	10	34.5%	4	13.3%
Poucas vezes	4	13.3%	3	10.3%	12	40.0%
Algumas vezes	9	30.0%	2	6.9%	9	30.0%
Bastantes vezes	12	40.0%	2	6.9%	5	16.7%
Habitualmente ou sempre	2	6.7%	12	41.4%	0	0.0%

Índice de satisfação sexual: atualmente - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
A minha vida sexual tem falta de qualidade						
Raramente ou nunca	4	13.3%	6	20.7%	9	30.0%
Poucas vezes	5	16.7%	1	3.4%	5	16.7%
Algumas vezes	7	23.3%	4	13.8%	9	30.0%
Bastantes vezes	10	33.3%	2	6.9%	6	20.0%
Habitualmente ou sempre	4	13.3%	16	55.2%	1	3.3%
O meu parceiro é sexualmente muito excitante						
Raramente ou nunca	0	.0%	3	10.3%	0	.0%
Poucas vezes	6	20.0%	9	31.0%	6	20.0%
Algumas vezes	17	56.7%	9	31.0%	17	56.7%
Bastantes vezes	7	23.3%	6	20.7%	7	23.3%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	2	6.9%	0	0.0%
Aprecio as técnicas sexuais que o meu parceiro gosta ou utiliza						
Raramente ou nunca	4	13.3%	10	34.5%	1	3.3%
Poucas vezes	4	13.3%	9	31.0%	6	20.0%
Algumas vezes	15	50.0%	6	20.7%	11	36.7%
Bastantes vezes	7	23.3%	2	6.9%	8	26.7%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	2	6.9%	4	13.3%
Sinto que o meu parceiro quer demasiado sexo de mim						
Raramente ou nunca	4	13.3%	5	17.2%	7	23.3%
Poucas vezes	7	23.3%	8	27.6%	11	36.7%
Algumas vezes	9	30.0%	3	10.3%	6	20.0%
Bastantes vezes	6	20.0%	6	20.7%	3	10.0%
Habitualmente ou sempre	4	13.3%	7	24.1%	3	10.0%
Penso que o sexo é maravilhoso						
Raramente ou nunca	10	33.3%	22	75.9%	1	3.3%
Poucas vezes	7	23.3%	1	3.4%	4	13.3%
Algumas vezes	8	26.7%	2	6.9%	8	26.7%
Bastantes vezes	5	16.7%	1	3.4%	8	26.7%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	3	10.3%	9	30.0%
O meu parceiro pensa muito em sexo						
Raramente ou nunca	0	0.0%	2	6.7%	5	16.7%
Poucas vezes	6	20.0%	7	23.3%	6	20.0%
Algumas vezes	15	50.0%	7	23.3%	3	10.0%
Bastantes vezes	4	13.3%	9	30.0%	9	30.0%
Habitualmente ou sempre	5	16.7%	5	16.7%	7	23.3%
Sinto que o sexo é algo que tem de ser suportado na nossa relação						
Raramente ou nunca	2	6.7%	8	26.7%	7	23.3%
Poucas vezes	4	13.3%	4	13.3%	2	6.7%
Algumas vezes	10	33.3%	4	13.3%	4	13.3%
Bastantes vezes	9	30.0%	5	16.7%	6	20.0%
Habitualmente ou sempre	5	16.7%	9	30.0%	11	36.7%

Índice de satisfação sexual: atualmente - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>O meu parceiro cumpre uma boa higiene pessoal</b>						
Raramente ou nunca	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Poucas vezes	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
Algumas vezes	1	3.3%	0	0.0%	2	6.7%
Bastantes vezes	5	16.7%	2	6.7%	5	16.7%
Habitualmente ou sempre	23	76.7%	28	93.3%	23	76.7%
<b>Sinto que o sexo é uma função normal da nossa relação</b>						
Raramente ou nunca	7	23.3%	8	26.7%	1	3.3%
Poucas vezes	1	3.3%	6	20.0%	0	0.0%
Algumas vezes	12	40.0%	8	26.7%	5	16.7%
Bastantes vezes	4	13.3%	2	6.7%	4	13.3%
Habitualmente ou sempre	6	20.0%	6	20.0%	20	66.7%
<b>O meu parceiro não quer ter relações quando eu quero</b>						
Raramente ou nunca	16	53.3%	16	53.3%	15	50.0%
Poucas vezes	8	26.7%	8	26.7%	6	20.0%
Algumas vezes	3	10.0%	4	13.3%	6	20.0%
Bastantes vezes	2	6.7%	1	3.3%	1	3.3%
Habitualmente ou sempre	1	3.3%	1	3.3%	2	6.7%
<b>Sinto que a nossa vida sexual realmente contribui bastante para o nosso relacionamento</b>						
Raramente ou nunca	4	13.3%	7	23.3%	0	0.0%
Poucas vezes	0	0.0%	10	33.3%	2	6.7%
Algumas vezes	19	63.3%	6	20.0%	7	23.3%
Bastantes vezes	3	10.0%	3	10.0%	9	30.0%
Habitualmente ou sempre	4	13.3%	4	13.3%	12	40.0%
<b>Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não o meu parceiro</b>						
Raramente ou nunca	29	96.7%	29	96.7%	25	83.3%
Poucas vezes	0	0.0%	1	3.3%	2	6.7%
Algumas vezes	1	3.3%	0	0.0%	3	10.0%
Bastantes vezes	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>É fácil para mim ficar sexualmente excitada pelo meu parceiro</b>						
Raramente ou nunca	10	33.3%	19	63.3%	0	0.0%
Poucas vezes	8	26.7%	8	26.7%	5	16.7%
Algumas vezes	7	23.3%	0	0.0%	11	36.7%
Bastantes vezes	3	10.0%	0	0.0%	6	20.0%
Habitualmente ou sempre	2	6.7%	3	10.0%	8	26.7%
<b>Sinto que o meu parceiro está sexualmente satisfeito comigo</b>						
Raramente ou nunca	10	33.3%	12	40.0%	1	3.3%
Poucas vezes	5	16.7%	10	33.3%	1	3.3%
Algumas vezes	8	26.7%	5	16.7%	13	43.3%
Bastantes vezes	7	23.3%	1	3.3%	4	13.3%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	2	6.7%	11	36.7%

Índice de satisfação sexual: atualmente - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>O meu parceiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais</b>						
Raramente ou nunca	8	26.7%	8	26.7%	0	0.0%
Poucas vezes	2	6.7%	8	26.7%	6	20.0%
Algumas vezes	8	26.7%	3	10.0%	6	20.0%
Bastantes vezes	5	16.7%	7	23.3%	5	16.7%
Habitualmente ou sempre	7	23.3%	4	13.3%	13	43.3%
<b>Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente</b>						
Raramente ou nunca	6	20.0%	14	46.7%	5	16.7%
Poucas vezes	11	36.7%	4	13.3%	9	30.0%
Algumas vezes	5	16.7%	3	10.0%	6	20.0%
Bastantes vezes	5	16.7%	1	3.3%	10	33.3%
Habitualmente ou sempre	3	10.0%	8	26.7%	0	0.0%
<b>Sinto que a minha vida sexual é enfadonha</b>						
Raramente ou nunca	7	23.3%	6	20.0%	11	36.7%
Poucas vezes	4	13.3%	2	6.7%	10	33.3%
Algumas vezes	12	40.0%	1	3.3%	7	23.3%
Bastantes vezes	3	10.0%	0	0.0%	1	3.3%
Habitualmente ou sempre	4	13.3%	21	70.0%	1	3.3%



Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Sinto que o meu parceiro sexual aprecia a nossa vida sexual</b>						
Raramente ou nunca	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Poucas vezes	1	3.3%	0	0.0%	2	6.7%
Algumas vezes	6	20.0%	1	3.4%	8	26.7%
Bastantes vezes	17	56.7%	14	48.3%	13	43.3%
Habitualmente ou sempre	6	20.0%	14	48.3%	7	23.3%
<b>A minha vida sexual é muito excitante</b>						
Raramente ou nunca	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Poucas vezes	2	6.7%	1	3.4%	4	13.3%
Algumas vezes	6	20.0%	7	24.1%	14	46.7%
Bastantes vezes	20	66.7%	13	44.8%	6	20.0%
Habitualmente ou sempre	1	3.3%	8	27.6%	5	16.7%
<b>O sexo é divertido para ambos</b>						
Raramente ou nunca	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
Poucas vezes	2	6.7%	4	13.8%	5	16.7%
Algumas vezes	7	23.3%	4	13.8%	13	43.3%
Bastantes vezes	15	50.0%	9	31.0%	3	10.0%
Habitualmente ou sempre	6	20.0%	11	37.9%	9	30.0%
<b>Sinto que o meu parceiro sexual vê pouco em mim, exceto pelas relações sexuais que lhe posso proporcionar</b>						
Raramente ou nunca	7	23.3%	17	58.6%	8	26.7%
Poucas vezes	9	30.0%	6	20.7%	10	33.3%
Algumas vezes	11	36.7%	3	10.3%	7	23.3%
Bastantes vezes	1	3.3%	2	6.9%	3	10.0%
Habitualmente ou sempre	2	6.7%	1	3.4%	2	6.7%
<b>Sinto que o sexo é sujo e nojento</b>						
Raramente ou nunca	23	76.7%	23	79.3%	23	76.7%
Poucas vezes	0	0.0%	2	6.9%	5	16.7%
Algumas vezes	5	16.7%	2	6.9%	1	3.3%
Bastantes vezes	2	6.7%	2	6.9%	0	0.0%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%
<b>A minha vida sexual é monótona</b>						
Raramente ou nunca	6	20.0%	14	48.3%	10	33.3%
Poucas vezes	8	26.7%	8	27.6%	4	13.3%
Algumas vezes	4	13.3%	3	10.3%	12	40.0%
Bastantes vezes	10	33.3%	4	13.8%	4	13.3%
Habitualmente ou sempre	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Quando temos relações estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas</b>						
Raramente ou nunca	5	16.7%	14	48.3%	4	13.3%
Poucas vezes	11	36.7%	6	20.7%	11	36.7%
Algumas vezes	5	16.7%	4	13.8%	10	33.3%
Bastantes vezes	7	23.3%	4	13.8%	4	13.3%
Habitualmente ou sempre	2	6.7%	1	3.4%	1	3.3%

Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>A minha vida sexual tem falta de qualidade</b>						
Raramente ou nunca	6	20.0%	14	48.3%	9	30.0%
Poucas vezes	9	30.0%	7	24.1%	5	16.7%
Algumas vezes	6	20.0%	3	10.3%	9	30.0%
Bastantes vezes	8	26.7%	4	13.8%	6	20.0%
Habitualmente ou sempre	1	3.3%	1	3.4%	1	3.3%
<b>O meu parceiro é sexualmente muito excitante</b>						
Raramente ou nunca	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
Poucas vezes	3	10.0%	4	13.8%	5	16.7%
Algumas vezes	19	63.3%	9	31.0%	13	43.3%
Bastantes vezes	8	26.7%	10	34.5%	7	23.3%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	5	17.2%	5	16.7%
<b>Aprecio as técnicas sexuais que o meu parceiro gosta ou utiliza</b>						
Raramente ou nunca	2	6.7%	3	10.3%	1	3.3%
Poucas vezes	3	10.0%	8	27.6%	6	20.0%
Algumas vezes	16	53.3%	8	27.6%	11	36.7%
Bastantes vezes	7	23.3%	8	27.6%	8	26.7%
Habitualmente ou sempre	2	6.7%	2	6.9%	4	13.3%
<b>Sinto que o meu parceiro quer demasiado sexo de mim</b>						
Raramente ou nunca	4	13.3%	7	24.1%	7	23.3%
Poucas vezes	7	23.3%	9	31.0%	11	36.7%
Algumas vezes	9	30.0%	5	17.2%	6	20.0%
Bastantes vezes	6	20.0%	5	17.2%	3	10.0%
Habitualmente ou sempre	4	13.3%	3	10.3%	3	10.0%
<b>Penso que o sexo é maravilhoso</b>						
Raramente ou nunca	4	13.3%	1	3.4%	1	3.3%
Poucas vezes	0	0.0%	1	3.4%	4	13.3%
Algumas vezes	5	16.7%	6	20.7%	8	26.7%
Bastantes vezes	15	50.0%	13	44.8%	8	26.7%
Habitualmente ou sempre	6	20.0%	8	27.6%	9	30.0%
<b>O meu parceiro pensa muito em sexo</b>						
Raramente ou nunca	0	0.0%	2	6.7%	4	13.3%
Poucas vezes	6	20.0%	6	20.0%	7	23.3%
Algumas vezes	12	40.0%	6	20.0%	3	10.0%
Bastantes vezes	6	20.0%	10	33.3%	9	30.0%
Habitualmente ou sempre	6	20.0%	6	20.0%	7	23.3%
<b>Sinto que o sexo é algo que tem de ser suportado na nossa relação</b>						
Raramente ou nunca	2	6.7%	9	30.0%	7	23.3%
Poucas vezes	2	6.7%	8	26.7%	2	6.7%
Algumas vezes	12	40.0%	4	13.3%	4	13.3%
Bastantes vezes	11	36.7%	8	26.7%	6	20.0%
Habitualmente ou sempre	3	10.0%	1	3.3%	11	36.7%
<b>O meu parceiro cumpre uma boa higiene pessoal</b>						
Raramente ou nunca	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Poucas vezes	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Algumas vezes	4	13.3%	0	0.0%	2	6.7%
Bastantes vezes	5	16.7%	2	6.7%	5	16.7%
Habitualmente ou sempre	21	70.0%	28	93.3%	23	76.7%

Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis categóricas

	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Sinto que o sexo é uma função normal da nossa relação</b>						
Raramente ou nunca	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%
Poucas vezes	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%
Algumas vezes	10	33.3%	7	23.3%	5	16.7%
Bastantes vezes	8	26.7%	10	33.3%	4	13.3%
Habitualmente ou sempre	11	36.7%	10	33.3%	20	66.7%
<b>O meu parceiro não quer ter relações quando eu quero</b>						
Raramente ou nunca	15	50.0%	17	56.7%	15	50.0%
Poucas vezes	6	20.0%	4	13.3%	5	16.7%
Algumas vezes	1	3.3%	3	10.0%	7	23.3%
Bastantes vezes	4	13.3%	6	20.0%	1	3.3%
Habitualmente ou sempre	4	13.3%	0	.0%	2	6.7%
<b>Sinto que a nossa vida sexual realmente contribui bastante para o nosso relacionamento</b>						
Raramente ou nunca	1	3.3%	3	10.0%	0	0.0%
Poucas vezes	2	6.7%	3	10.0%	2	6.7%
Algumas vezes	11	36.7%	7	23.3%	7	23.3%
Bastantes vezes	9	30.0%	11	36.7%	9	30.0%
Habitualmente ou sempre	7	23.3%	6	20.0%	12	40.0%
<b>Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não o meu parceiro</b>						
Raramente ou nunca	29	96.7%	26	86.7%	25	83.3%
Poucas vezes	0	0.0%	0	0.0%	2	6.7%
Algumas vezes	1	3.3%	3	10.0%	3	10.0%
Bastantes vezes	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
Habitualmente ou sempre	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>É fácil para mim ficar sexualmente excitada pelo meu parceiro</b>						
Raramente ou nunca	4	13.3%	0	0.0%	0	0.0%
Poucas vezes	0	0.0%	4	13.3%	4	13.3%
Algumas vezes	8	26.7%	4	13.3%	12	40.0%
Bastantes vezes	12	40.0%	12	40.0%	6	20.0%
Habitualmente ou sempre	6	20.0%	10	33.3%	8	26.7%
<b>Sinto que o meu parceiro está sexualmente satisfeito comigo</b>						
Raramente ou nunca	3	10.0%	1	3.3%	1	3.3%
Poucas vezes	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%
Algumas vezes	7	23.3%	6	20.0%	12	40.0%
Bastantes vezes	17	56.7%	18	60.0%	5	16.7%
Habitualmente ou sempre	3	10.0%	5	16.7%	11	36.7%
<b>O meu parceiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais</b>						
Raramente ou nunca	1	3.3%	4	13.3%	0	0.0%
Poucas vezes	0	0.0%	6	20.0%	6	20.0%
Algumas vezes	12	40.0%	5	16.7%	6	20.0%
Bastantes vezes	7	23.3%	9	30.0%	5	16.7%
Habitualmente ou sempre	10	33.3%	6	20.0%	13	43.3%

Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis categóricas

Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis categóricas						
	Mastectomia conservadora (n=30)		Mastectomia radical (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
<b>Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente</b>						
Raramente ou nunca	4	13.3%	3	10.0%	6	20.0%
Poucas vezes	4	13.3%	2	6.7%	8	26.7%
Algumas vezes	9	30.0%	6	20.0%	6	20.0%
Bastantes vezes	9	30.0%	15	50.0%	10	33.3%
Habitualmente ou sempre	4	13.3%	4	13.3%	0	0.0%
<b>Sinto que a minha vida sexual é enfadonha</b>						
Raramente ou nunca	7	23.3%	10	33.3%	11	36.7%
Poucas vezes	7	23.3%	6	20.0%	9	30.0%
Algumas vezes	10	33.3%	6	20.0%	8	26.7%
Bastantes vezes	3	10.0%	5	16.7%	1	3.3%
Habitualmente ou sempre	3	10.0%	3	10.0%	1	3.3%

Índice de satisfação sexual: atualmente - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Sinto que o meu parceiro sexual aprecia a nossa vida sexual (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.1 (1.3)	2.2 (1.2)	3.8 (0.9)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	4 (2-5)
<b>A minha vida sexual é muito excitante (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.3 (1.1)	1.5 (1.1)	3.2 (1.1)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	1 (1-5)	3 (1-5)
<b>O sexo é divertido para ambos (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.6 (1.2)	1.8 (1.3)	3.5 (1.1)
Mediana (min-máx)	2.5 (1-5)	1 (1-5)	3 (2-5)
<b>Sinto que o meu parceiro sexual vê pouco em mim, exceto pelas relações sexuais que lhe posso proporcionar (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.2 (1)	1.8 (1.1)	2.3 (1.2)
Mediana (min-máx)	2 (1-4)	1 (1-4)	2 (1-5)
<b>Sinto que o sexo é sujo e nojento (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.5 (1.1)	1.7 (1)	1.4 (0.9)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	1 (1-5)	1 (1-5)
<b>A minha vida sexual é monótona (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.2 (1.3)	3.6 (1.7)	2.2 (1.1)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	5 (1-5)	2.5 (1-4)
<b>Quando temos relações estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.2 (1.1)	3.1 (1.8)	2.5 (0.9)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	3 (1-5)	2 (1-4)
<b>A minha vida sexual tem falta de qualidade (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.2 (1.3)	3.7 (1.6)	2.5 (1.2)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	5 (1-5)	3 (1-5)
<b>O meu parceiro é sexualmente muito excitante (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3 (0.7)	2.8 (1.1)	3.4 (1)
Mediana (min-máx)	3 (2-4)	3 (1-5)	3 (1-5)
<b>Aprecio as técnicas sexuais que o meu parceiro gosta ou utiliza (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.8 (0.9)	2.2 (1.2)	3.3 (1)
Mediana (min-máx)	3 (1-4)	2 (1-5)	3 (1-5)

Índice de satisfação sexual: atualmente - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Sinto que o meu parceiro quer demasiado sexo de mim (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3 (1.2)	3.1 (1.5)	2.5 (1.3)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	3 (1-5)	2 (1-5)
<b>Penso que o sexo é maravilhoso (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.3 (1.1)	1.7 (1.4)	3.7 (1.2)
Mediana (min-máx)	2 (1-4)	1 (1-5)	4 (1-5)
<b>O meu parceiro pensa muito em sexo (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.3 (1)	3.3 (1.2)	3.2 (1.5)
Mediana (min-máx)	3 (2-5)	3 (1-5)	4 (1-5)
<b>Sinto que o sexo é algo que tem de ser suportado na nossa relação (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.4 (1.1)	3.1 (1.6)	3.4 (1.6)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	3 (1-5)	4 (1-5)
<b>O meu parceiro cumpre uma boa higiene pessoal (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	4.7 (0.7)	4.9 (0.3)	4.7 (0.6)
Mediana (min-máx)	5 (2-5)	5 (4-5)	5 (3-5)
<b>Sinto que o sexo é uma função normal da nossa relação (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3 (1.4)	2.7 (1.5)	4.4 (1)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	3 (1-5)	5 (1-5)
<b>O meu parceiro não quer ter relações quando eu quero (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.8 (1.1)	1.8 (1)	2 (1.2)
Mediana (min-máx)	1 (1-5)	1 (1-5)	1.5 (1-5)
<b>Sinto que a nossa vida sexual realmente contribui bastante para o nosso relacionamento (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.1 (1.1)	2.6 (1.3)	4 (1)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	4 (2-5)
<b>Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não o meu parceiro (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.4)	1 (0.2)	1.3 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-2)	1 (1-3)
<b>É fácil para mim ficar sexualmente excitada pelo meu parceiro (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.3 (1.2)	1.7 (1.2)	3.6 (1.1)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	1 (1-5)	3 (2-5)

Índice de satisfação sexual: atualmente - variáveis numéricas

	<b>Mastectomia conservadora (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical (n=30)</b>	<b>Grupo controlo (n=30)</b>
<b>Sinto que o meu parceiro está sexualmente satisfeito comigo (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.4 (1.2)	2 (1.2)	3.8 (1.1)
Mediana (min-máx)	2.5 (1-4)	2 (1-5)	3.5 (1-5)
<b>O meu parceiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3 (1.5)	2.7 (1.4)	3.8 (1.2)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	4 (2-5)
<b>Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.6 (1.3)	2.5 (1.7)	2.7 (1.1)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	2 (1-5)	3 (1-4)
<b>Sinto que a minha vida sexual é enfadonha (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.8 (1.3)	3.9 (1.7)	2 (1)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	5 (1-5)	2 (1-5)

Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Sinto que o meu parceiro sexual aprecia a nossa vida sexual (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.9 (0.7)	4.4 (0.6)	3.8 (0.9)
Mediana (min-máx)	4 (2-5)	4 (3-5)	4 (2-5)
<b>A minha vida sexual é muito excitante (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.6 (0.8)	4 (0.8)	3.3 (1)
Mediana (min-máx)	4 (1-5)	4 (2-5)	3 (1-5)
<b>O sexo é divertido para ambos (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.8 (0.8)	3.9 (1.2)	3.5 (1.1)
Mediana (min-máx)	4 (2-5)	4 (1-5)	3 (2-5)
<b>Sinto que o meu parceiro sexual vê pouco em mim, exceto pelas relações sexuais que lhe posso proporcionar (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.4 (1.1)	1.8 (1.1)	2.4 (1.2)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	1 (1-5)	2 (1-5)
<b>Sinto que o sexo é sujo e nojento (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	1.5 (1)	1.4 (0.9)	1.4 (0.9)
Mediana (min-máx)	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-5)
<b>A minha vida sexual é monótona (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.8 (1.3)	1.9 (1.1)	2.3 (1.1)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-4)	3 (1-4)
<b>Quando temos relações estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.7 (1.2)	2 (1.2)	2.6 (1)
Mediana (min-máx)	2 (1-5)	2 (1-5)	2.5 (1-5)
<b>A minha vida sexual tem falta de qualidade (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	2.6 (1.2)	2 (1.2)	2.5 (1.2)
Mediana (min-máx)	2.5 (1-5)	2 (1-5)	3 (1-5)
<b>O meu parceiro é sexualmente muito excitante (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.2 (0.6)	3.5 (1.1)	3.4 (1)
Mediana (min-máx)	3 (2-4)	4 (1-5)	3 (2-5)
<b>Aprecio as técnicas sexuais que o meu parceiro gosta ou utiliza (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.1 (0.9)	2.9 (1.1)	3.3 (1)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)



Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis numéricas

	<b>Mastectomia conservadora (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical (n=30)</b>	<b>Grupo controlo (n=30)</b>
<b>Sinto que o meu parceiro quer demasiado sexo de mim (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3 (1.2)	2.6 (1.3)	2.5 (1.3)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-5)
<b>Penso que o sexo é maravilhoso (1-5)</b>			
N	30	29	30
Média (DP)	3.6 (1.2)	3.9 (1)	3.7 (1.2)
Mediana (min-máx)	4 (1-5)	4 (1-5)	4 (1-5)
<b>O meu parceiro pensa muito em sexo (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.4 (1)	3.4 (1.2)	3.3 (1.4)
Mediana (min-máx)	3 (2-5)	4 (1-5)	4 (1-5)
<b>Sinto que o sexo é algo que tem de ser suportado na nossa relação (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.4 (1)	2.5 (1.3)	3.4 (1.6)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	4 (1-5)
<b>O meu parceiro cumpre uma boa higiene pessoal (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	4.6 (0.7)	4.9 (0.3)	4.7 (0.6)
Mediana (min-máx)	5 (3-5)	5 (4-5)	5 (3-5)
<b>Sinto que o sexo é uma função normal da nossa relação (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.9 (1)	3.9 (1)	4.4 (1)
Mediana (min-máx)	4 (1-5)	4 (2-5)	5 (1-5)
<b>O meu parceiro não quer ter relações quando eu quero (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.2 (1.5)	1.9 (1.2)	2 (1.2)
Mediana (min-máx)	1.5 (1-5)	1 (1-4)	1.5 (1-5)
<b>Sinto que a nossa vida sexual realmente contribui bastante para o nosso relacionamento (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.6 (1)	3.5 (1.2)	4 (1)
Mediana (min-máx)	4 (1-5)	4 (1-5)	4 (2-5)
<b>Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não o meu parceiro (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	1.1 (0.4)	1.3 (0.8)	1.3 (0.6)
Mediana (min-máx)	1 (1-3)	1 (1-4)	1 (1-3)
<b>É fácil para mim ficar sexualmente excitada pelo meu parceiro (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.5 (1.2)	3.9 (1)	3.6 (1)
Mediana (min-máx)	4 (1-5)	4 (2-5)	3 (2-5)

Índice de satisfação sexual: anteriormente à cirurgia - variáveis numéricas

	Mastectomia conservadora (n=30)	Mastectomia radical (n=30)	Grupo controlo (n=30)
<b>Sinto que o meu parceiro está sexualmente satisfeito comigo (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.6 (1)	3.9 (0.8)	3.8 (1.1)
Mediana (min-máx)	4 (1-5)	4 (1-5)	4 (1-5)
<b>O meu parceiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.8 (1)	3.2 (1.4)	3.8 (1.2)
Mediana (min-máx)	4 (1-5)	3.5 (1-5)	4 (2-5)
<b>Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	3.2 (1.2)	3.5 (1.1)	2.7 (1.2)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	4 (1-5)	3 (1-4)
<b>Sinto que a minha vida sexual é enfadonha (1-5)</b>			
N	30	30	30
Média (DP)	2.6 (1.2)	2.5 (1.4)	2.1 (1)
Mediana (min-máx)	3 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-5)